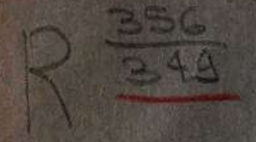

356
349
методика..

НАРОДНЫЙ КОМИССАРИАТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
И
ОБЩЕСТВО ДЕТСКИХ ВРАЧЕЙ РСФСР



КРАТКАЯ МЕТОДИКА

МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА

БИОМЕДГИЗ
1937 г.
МОСКВА

НАРОДНЫЙ КОМИССАРИАТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
И
ОБЩЕСТВО ДЕТСКИХ ВРАЧЕЙ РСФСР

КРАТКАЯ МЕТОДИКА
МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА

Для врачей-педиатров, работающих в детских учебно-воспитательных учреждениях

2-е издание (исправленное и дополненное)

Под редакцией
Заслуженного деятеля науки профессора
А. А. Киселя

БИОМЕДГИЗ
1937 г.
МОСКВА





Отв. редактор А. А. Кисель Техн. редактор С. Ц. Левин

Сдано в набор 8/I 1937 г. Подписано к печати 7/V 1937 г.
Объем $4^1/_2$ л. Кол. печ. зн. в листе 58970
Тираж 7 200 экз. Уполн. Главлита Б-13012

Калуга, типография Мособлполиграфа. Зак. 6.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Постановление ЦК ВКП(б) „О педологических извращениях в системе НКПросов“ от 4 июля 1936 г. потребовало коренного пересмотра всех методов работы врача-педиатра и, в первую очередь, методики обследования ребенка.

В соответствии с этим Управление ОЗД и П НКЗдрава РСФСР совместно с о-вом детских врачей РСФСР пересмотрело изданную им в 1935 году „Краткую методику медицинского обследования ребенка“, поскольку последняя включала в себя также целый ряд педологических извращений. Это касалось прежде всего разделов „Обследования физического развития“ и „Психоневрологического обследования“. В разделе „Обследование физического развития“ предлагалось давать оценку телосложения ребенка на основе конституционной типологии, в основном заимствованном из арсенала реакционных буржуазных генетических и расистских теорий. В разделе „Психоневрологическое обследование“ рекомендовалось пользоваться осужденными постановлением ЦК ВКП(б) психологическими тестами, при диагностике психических заболеваний излишне большое внимание уделялось „изучению наследственных данных“, причем указывалось, что это „изучение“ должно „коснуться“ и более отдаленных родственников, „особенно по боковым линиям“, давались примеры „записи карты“ ребенка по педологическому образцу и т. д. В настоящем издании вся методика построена целиком на основе объективных данных медицинского обследования и в соответствии с имеющимися научными данными.

Помимо этого в целях повышения качества медицинской диагностики и улучшения методики обследования ребенка дополнительно включены проэкт переработанной и уточненной единой номенклатуры и классификации детских болезней и рабочая классификация ревматизма у детей и подростков, одобренная III Всесоюзным Совещанием по изучению ревматизма и борьбе с ним (1936 г.). Включенный здесь проэкт единой классификации и номенклатуры не рассчитан на последующую статистическую обработку, а имеет своей основной целью помочь практическому врачу-педиатру в его повседневной диагностической работе. Тем самым настоящая классификация и номенклатура не заменяют собой действующей в настоящее время в

СССР „Классификации и номенклатуры причин смерти“, утвержденной Госпланом в 1931 г., а лишь уточняют ее применительно к практической работе врача-педиатра в школе и детской поликлинике.

Настоящая номенклатура проработана специальной комиссией в составе: Председателя Комиссии — засл. деятеля Науки проф. А. А. Кисель и членов: засл. деятеля науки проф. Г. Н. Сперанского, проф. В. Н. Молчанова, проф. А. А. Колтыпина проф. Г. Е. Сухаревой, проф. Д. В. Сергиевского, проф. А. П. Иордан; доцента Д. Д. Лебедева, доц. И. М. Присман, прив. доц. С. А. Васильева, доц. Т. И. Зацепина, доц. С. В. Вольфсон, доц. Н. П. Савватимской, доц. А. Г. Цейтлин, прив-доц. И. С. Майзель, д-ра В. Д. Маркузон, доц. Е. А. Осиповой, д-ра А. С. Саввантова, д-ра А. М. Мееркова, д-ра А. С. Розенталь.

Раздел номенклатуры по туберкулезу согласован с Центр. Туберкулезным Институтом НКЗдрава; по ревматизму — с детской секцией Всесоюзного Комитета по изучению ревматизма и борьбе с ним.

Глава „Методика обследования“ просмотрена и проверена авторами соответствующих разделов 1-го издания В. Д. Маркузон, Е. А. Осиповой, Л. А. Сыркиным, П. Ф. Лагодиным, Л. И. Сергиевским и К. П. Сычевой.

Настоящее 2-е Издание „Методики“, как и первое издание, рассчитанное на врача-педиатра, работающего в массовых детских учреждениях (школьный врач, врач детсадов, детдомов и др.), также может быть использовано и в работе врачей детской поликлиники и детского отделения единого диспансера.

Все замечания, которые могут быть по номенклатуре, классификации и методике, просьба направлять в Управление ОЗДиП НКЗдрава, Москва, ул. Куйбышева, № 10.

МЕТОДИКА

обследования ребенка

Обследование физического развития.[1]

1. Медицинское обследование детей и подростков в школе и в дошкольных учреждениях включает обследование физического развития ребенка и подростка. Характеристика физического развития важна для оценки состояния здоровья отдельного ребенка, и для определения физического уровня детского населения.

2. Программа минимального обследования физического развития содержит измерение длины тела, веса, окружности грудной клетки (в состоянии вдоха, выдоха и покоя), рост сидя, (факультативно, жизненной емкости легких, а также описание жироотложения) мускулатуры, кровенаполнения, формы грудной клетки, степени полового развития и так называемых аномалий (сколиоз, плоская стопа и т. д.).

3. Необходимый для исследования физического развития инструментарий, которым должны быть снабжены кабинеты врача в школе и дошкольных учреждениях: деревянный ростомер стандартного типа или металлический антропометр Мартина; весы Фербенкса; стальная лента (длиной в 1,5—2 м с миллиметровыми делениями); стандартный спирометр. Все инструменты должны до употребления выверяться.

4. Техника и методика исследования должны быть строго единообразны. Все измерения производятся на обнаженных детях. При измерении роста стоя измеряемый находится в положении военной выправки и касается спинки ростомера пятками, ягодицами, спиной, голова держится прямо (верхний край козелка уха и нижний край глазницы в одной горизонтальной плоскости). При измерении роста сидя измеряемый должен сидеть выпрямившись и касаться доски ростомера ягодицами и спиной; голова в том же положении. При взвешивании должно указываться, когда оно происходило — до или после завтрака; надо проследить, чтобы дети предварительно побывали в уборной. При измерен и окружности грудной клетки лента накладывается сзади под уг-

[1] Разработано Л. А. Сыркиным и А. Д. Островским.

лами лопаток спереди — по нижнему краю около сосковых кружков, в случае развития грудных желез (хотя бы у девочек только начинающегося) — над грудными железами (примерно четвертый межреберный промежуток). При измерении жизненной емкости легких испытание производится 2 — 3 раза, фиксируется максимум. Для дезинфекции мундштука лучше всего употреблять индивидуальные бумажные мундштуки, тут же навертываемые на стеклянный.

Важно, чтобы записывающий повторял за измеряющим названное число; при повторных обследованиях надо иметь данные предыдущих обследований.[1]

Характеристика описательных признаков дается словесно: например, плоская грудь, малое, среднее кровенаполнение (или в баллах 1, 2, 3; 1—мало, слабо, 2—средне, 3 — много, сильно).

5. Оценка физического развития ребенка производится путем сопоставления данных о его физическом развитии (вес, окружность груди, рост) со средними величинами, типичными для той возрастно-половой группы, к которой данный ребенок относится. Если нет разработанных достаточно надежных данных физического развития детского населения данной области или края, то следует пользоваться ближайшими к данной детской группе данными о весе, окружности грудной клетки и росте.

Отклонение у данного ребенка от стандартных средних величин выражается в средних квадратических отклонениях. Ниже среднего считается ребенок, у которого вес и окружность грудной клетки (учитывая его рост)[2] отстают в пределах от одного до двух средних квадратических уклонений; низким по физическому развитию — если это отставание еще больше. Если вес и окружность груди дают разные показания отклонений, это расхождение должно быть отмечено; точно так же должно быть отмечено отставание в росте.[3]

При оценке физического развития надо учитывать телосложение, описательные признаки, степень полового развития, округление возраста (например, при сопоставлении со стандартами девятилетки надо учитывать, имеем ли мы дело с ребенком 8 лет 7 месяцев или 9 лет 5 месяцев и т. д.). Для оценки физического развития важно точное указание возраста исследуемого. При этом не следует забывать, что антропометрические данные являются только одним из элементов характеристики здоровья ребенка.[4] Отмечаются резкие уклонения — кифоз, резкий сколиоз, плоская стопа, а также каклыковость, гигантизм и другие, резко выраженные эндокринные расстройства.

---

[1] Поэтому карточки должны быть рассчитаны на повторные обследования.

[2] Для учета роста лучше всего пользоваться коэфициентами регрессии веса и окружности груди по росту.

[3] Рекомендуется пользоваться графическим изображением физического развития ребенка (профилем Мартина).

[4] Пользование индексами физического развития не рекомендуется.

6. Для учета динамики физического развития отдельных детских групп собранный материал должен подвергаться тщательной статистической разработке. После очистки материала от дефектных карточек надо разбить его на возрастно-половые группы (желательно не меньше 100 человек в каждой).

Указывается число обследованных детей, минимальные и максимальные величины отдельных измеряемых признаков физразвития.

Вычисляются средние арифметические веса, окружности груди и роста для данной группы и средние квадратические отклонения (сигмы), позволяющие дать сравнительно объективную оценку физического развития отдельного ребенка.

Оценка физического развития ребенка является органической составной частью характеристики состояния здоровья ребенка и должна производиться в тесной связи со всеми остальными данными медицинского исследования ребенка.

Такого рода обработку материала целесообразнее сосредоточивать в базовых детских поликлиниках или научных учреждениях.

7. Желательно указать тип телосложения ребенка. Тип телосложения определяется по форме грудной клетки, живота, жироотложению, мускулатуре, пропорциям тела. Отмечаются резкие уклонения: карликовость, гиганизм, ахондроплазия, микседема и др.; если налицо определенно установленное расстройство внутренней секреции, оно отмечается.

8. Если накапливание массового антропометрического материала должно происходить в процессе непосредственного практического медико-санитарного обслуживания и диспансеризации детских масс, в тесной связи с повседневными задачами охраны здоровья детей и подростков (выделение ослабленных детей, направление в санатории, лесные школы, санаторные лагеря и т. п.), то для более основательного систематического социально-гигеничического исследования физического развития выделенных групп детей и подростков с целью научного прослеживания динамики физического развития детских коллективов, как одного из существенных показателей санитарного состояния населения, необходимо особо отбирать 10—15 опорных баз (институтов ОЗДиП, детских поликлиник, крупных детских садов и школ), которые занимались бы этим вопросом в порядке специальной исследовательской работы.

Примечание. Более подробные методические указания по исследованию физического развития смотрите в руководстве „Школьная Гигиена“ под ред. заслуженного деятеля науки проф. А. В. Молькова, 2-ое издание, Москва, 1937.

Приложение. Примерные опорные пункты: Гигиенический институт I ММИ, Центральный институт охраны здоровья детей и подростков в Москве, Областной институт охраны здоровья детей и подростков в Ленинграде, Областной институт охраны

здоровья детей и подростков в Ростове, соответствующие областные и краевые методические центры и др.

Анамнез. Педиатрическое обследование [1]

Болезни родителей.

а) Сифилис. Кроме наличных признаков и заявлений родителей принимать во внимание наличие у матери самопроизвольных выкидышей и мертворождений.

б) Туберкулез. При наличии указаний на наследственный туберкулез необходимо отметить: сведения неопределенные или достоверные, указав, кто болел — отец, мать, дед, бабка, дяди, тетки по отцу или по матери, братья, сестры; были ли открытые формы (с выделением бацилл Коха), был ли контакт больных с ребенком.

в) Психозы. Учитывать психические заболевания у родителей, у дедушки и бабушки, у дядей и теток, а также психические заболевания у братьев и сестер обследуемого.

Перенесенные ребенком заболевания. Иметь в виду корь, коклюш, дифтерию, скарлатину, натуральную и ветряную оспу, свинку, тифы (брюшной, сыпной и возвратный), дизентерию, малярию, ревматизм, воспаление легких, плеврит.

Примечание. 1. Отметить только достоверные сведенил (со слов родителей).

2. Желательно рядом с перенесенной болезнью в скобках отмечать, в каком возрасте болел.

Ребенок рос крепким, слабым. По возможности указать, с какого возраста стал „слабым".

Уклонения в развитии:

а) Речь. Стал говорить фразами из 2—3 слов. Указать, в каком возрасте.

б) Ходьба. Указать, в каком возрасте стал ходить без посторонней помощи.

в) Зубы. В каком возрасте прорезались первые зубы.

Клинико-лабораторные исследования и рентген. В эту графу вписываются все полученные данные добавочных клинико-лабораторных исследований (кровь, моча, испражнения и т. д. а также данные рентгеноскопии).

Субъективные жалобы. Сюда вписываются по возможности все жалобы ребенка как общего порядка (самочувствие), так и местного (головные боли, кашель, сердцебиение и т. п.), чтобы в графах, отводимых органам или системам, оставалось больше места для описания объективных изменений. Следует также отмечать, как давно имеет место та или другая жалоба.

Кожа, подкожная клетчатка и видимая слизистая оболочка. Окраска бледная, цианотичная. Тургор вялый,

[1] Разработано А. Ф. Лагодиным.

заразные заболевания кожи: чесотка, трихофития и т. д. (предупредить школу!).

Примечание. В сомнительных случаях, требующих специального лечения, направлять к специалисту.

Развитие подкожно-жирового слоя: хорошее, среднее, плохое (учитывать возрастные особенности). Окраска слизистых оболочек: бледная, цианотичная.

Мышечная, костная система и суставы. Развитие мышц хорошее (мышцы наощупь плотные, их контуры хорошо обрисовываются в спокойном состоянии). В младшем возрасте кроме плотности в спокойном состоянии мышцы проверяются при напряжении и сопротивления сгибанию и разгибанию руки (слабое, мышцы мягки наощупь, слабо контурированы).

При значительном жироотложении контуры мышц могут оказаться сглаженными.

а) Костная система. Костяк крепкий, средний, тонкий. Сколиоз, кифоз.

Лордоз. Заболевание костей (спондилит), отметить следы переломов.

б) Суставы. Опухоль суставов, хруст, боли, вывихи, анкилоз.

Лимфатические железы. Ощупыванием определяется состояние следующих желез: затылочные, подчелюстные, шейные, подмышечные, торакальные (по подмышечной линии на уровне IV—VI ребер), локтевые.

Арабской цифрой указывают число прощупываемых групп желез и римской — максимальный размер (I — просяное зерно, II — до чечевицы, III — до средней горошины, IV — до боба, V — до лесного ореха, VI — до голубиного яйца).

Сердце и сосуды. Учесть наличие тахикардия (после того как ребенок успокоился), если у дошкольника пульс чаще 110, у школьника I ступени — чаще 100 и у подростка — чаще 90 при нормальной температуре.

Неустойчивый ритм (аритмия) кроме дыхательной аритмии в дошкольном и подростковом возрасте.

Перебои вследствие экстрасистол, если они учащаются после бега и физических напряжений (такие перебои являются противопоказанием к напряженной физической нагрузке).

Границы относительной тупости сердца (правой и левой).

Желательно обозначить в сантиметрах размер поперечника сердца.

Тоны сердца ясные, нечистые, (шумы [1] на всех четырех отверстиях), указать их характер и место.

Органы дыхания. Перкуторные и аускультативные явления (кроме физиологической несколько большей жесткости дыхания в верхушке правого легкого и пуэрильной жесткости дыхания в легких) с обращеним особого внимания на: а) вер-

[1] Шум у верхушки сердца сам по себе не является еще указанием на порок сердца.



хушки легких, б) межлопаточные пространства и в) нижние края легких. Диагностика туберкулеза см. ниже.

Полость рта, зубы. Афты у маленьких детей. Зубной камень. Гингивит. Зубной кариес.

Периостит и другие заболевания полости рта.

Желудочно-кишечный тракт. Обратить внимание на увеличение живота (выяснить причину). Боли в животе (наиболее частые): а) в подложечной области, б) в области слепой кишки. Хронический колит. Грыжи (паховая, пупочная, белой линии живота).

Печень и селезенка, если они выступают из-под края ребер Размер выступания, консистенция.

Глисты (солитер, аскариды, острицы).

Мочеполовая система. Физические аномалии развития половых органов у мальчиков (фимоз, крипторхизм, монорхизм). Наличие ночного или дневного энуреза. Отеки лица и конечностей, белок в моче (по анализу мочи в сомнительных случаях), учащенный позыв к мочеиспусканию. Дисменорея. Боли и гнойное отделяемое (путем опроса у школьниц и непосредственного осмотра у дошкольниц). В сомнительных случаях направлять к специалисту.

Обследование на туберкулез [1]

Для решения вопроса об инфицированости туберкулезом и степени обусловленных им болезненных изменений необходимы возможно более полные данные анамнеза и исследования ребенка или подростка [2].

По отдельным пунктам индивидуальной карты ДЛПА, помимо указаний, сделанных в предыдущих разделах, необходимо обратить внимание на следующее.

Диагностические прививки Пирке, Манту должны выполняться и учитываться, строго придерживаясь существующих правил.

Реакция Пирке должна быть проделана всем детям, поступающим в детский сад, а при подозрительных явлениях—и поступающим в школу.

Примечание. Если имеются точные данные о ранее полученной положительной туберкулиновой реакции, она может не повторяться.

В случае отрицательной накожной реакции Пирке (при проверке через 48 часов) детям дошкольного возраста, а также детям школьного возраста при наличии у них подозрительных на туберкулез данных желательно проделать внутрикожную реакцию Манту (третьим разведением), для чего дети могут направляться в туберкулезное отделение (тубдиспансер). Если

---

[1] Составил В. Д. Маркузон.

[2] Более подробные указания о работе врачей педиатров по детскому туберкулезу см. в изданной Центр. институтом ОЗДиП книге В. Д. Маркузон „Туберкулез и охрана здоровья детей и подростков“, М. 1935 г. стр. 132.

и реакция Манту остается отрицательной, туберкулиновые реакции должны быть повторены в следующем году (а при наличии подозрительных явлений и ранее, каждые 3 — 6 месяцев).

Примечание. Положительная реакция (размер папулы не менее 5 мм) указывает на инфицированость ребенка. Отрицательная реакция не исключает окончательно инфицированости, которая может обнаружиться при повторных прививках или на основании совокупности других признаков туберкулеза (см. ниже).

Перенесенные болезни. В отношении кори, коклюша, гриппа необходимо указать, не осталось ли после них затяжных осложнений со стороны легких. К указаниям на „золотуху", повторные „простудные" или „гриппозные" заболевания, надо отнестись критически, ибо для детских форм туберкулеза характерны повторные вспышки в форме фликтен, опуханий желез, иногда сопровождающихся скрофулодермой, периодических неопределенных гриппоподобных заболеваний.

Примечание. Для истинного гриппозного заболевания характерны семейные эпидемические вспышки. Это обстоятельство необходимо учитывать и при дальнейших наблюдениях за ребенком.

В отношении повторных и затяжных (после кори, коклюша, гриппа) воспалений легких — см. ниже.

Рентгеновскому исследованию в форме просвечивания необходимо подвергать всех детей дошкольного возраста, больных туберкулезом или подозрительных в этом отношении, ежегодно и чаще — при наличии подозрительных клинических признаков; детей школьного возраста — при обнаружении клинических явлений, подозрительных на туберкулез (см. ниже). Без наличия рентгеновских данных исследование детей, подозрительных на туберкулез, в настоящее время должно считаться неполным.

Из лабораторных исследований необходимо: 1) при наличии мокроты — повторное и тщательное исследование ее на бацилы Коха; 2) в подозрительных на туберкулез случаях желательно выполнение реакции оседания эритроцитов (РОЭ) повторно и с учетом того обстоятельства, что не будучи специфической, ускорение РОЭ может обусловливаться посторонними туберкулезу причинами. При получении стойкого ускорения РОЭ желательно полное исследование крови.

При исследовании органов дыхания у детей небольшие перкуторные и аускультативные изменения, в особенности в верхушках нужно учитывать с особой осторожностью (влияние асимметрии и других индивидуальных особенностей). Подозрение на патологическую причину должно иметь место лишь при резких изменениях, преимущественно же при совпадении нескольких признаков (например, перкуторных и аускультативных или рентгеновских изменений). Существенное значение, помимо горизонтальной, имеет также вертикальная перкуссия, обнаруживающая изменения в легочных полях, прилегающих к корням легких (к гилусам).

В отношении исследования прочих органов необходимо иметь в виду, помимо сравнительно нередких у детей внелегочных локализаций туберкулеза, что и неспецефические функциональные расстройства разных органов (сердечные шумы, тахикардия, аритмия, нарушения аппетита и другие желудочно-кишечные расстройства, недержание мочи, невропатические явления и т. п.) могут служить проявлением туберкулезной интоксикации (при наличии туберкулезной инфекции в организме и в случае отсутствия других явных причин).

В подозрительных на туберкулез случаях желательна проверка температуры тела, но не путем однократного измерения в школе; родителям поручается систематическое измерение температуры утром, среди дня (4 — 5 час.) и вечером в течение 5 — 10 дней; такую проверку в нужных случаях желательно повторять периодически (каждый месяц).

Диагноз туберкулеза у детей и подростков.

Работа по борьбе с туберкулезом должна вестись под методическим руководством туберкулезного отделения (детской части тубдиспансера), причем все педиатры должны активно включиться в эту работу. В процессе текущей работы на них лежит задача первоначального выявления, наблюдение и организация помощи некоторым категориям туберкулезных детей.

Качественный диагноз туберкулеза слагается из следующих последовательных этапов:

1) констатирование существования туберкулезной инфекции в организме;

2) установление связи с данной инфекцией наличных болезненных расстройств;

3) определение степени расстройств, обосновывающее необходимые мероприятия.

Ответ на эти вопросы может быть получен путем сопоставления данных, собранных при общем исследовании.

Так как для повседневной практики врачей педиатров основное значение имеют наиболее обычные у детей проявления туберкулеза без ясной локализации, то на них мы здесь главным образом и остановимся.

При существующем разнообразии в решении вопросов о детском туберкулезе для получения сравнимых результатов необходимо принять некоторые условные положения, руководствуясь которыми можно заменить чисто субъективные оценки по общему впечатлению более или менее определенными объективными данными.

С этой точки зрения здесь предлагается метод, осуществляемый в течение ряда лет в некоторых московских туберкулезных учреждениях.

Наличие туберкулезной инфекции определяется или на ос-

новании положительных туберкулиновых реакций или, при отрицательной реакции, на основании совпадений двух — трех других более или менее определенных указаний на туберкулез, к которым относятся:

1) наличие туберкулеза в семье;

2) следы более или менее типических локальных изменений в различных органах;

3) характерные изменения наружных лимфатических желез;

4) более или менее характерные изменения на рентгене.

Связь существующих болезненных растройств с туберкулезом определяется, с одной стороны, исключением вероятности других этиологических моментов и с другой — наличием одновременно перечисленных выше признаков туберкулеза, причем связь тем более убедительна, чем более активную туберкулезную инфекцию можно предположить по этим признакам.

Согласно инструкции к схеме группировки детей по туберкулезу (см. упомянутое издание Института ОЗДиП) под туберкулезным аллергическим состоянием (Tbc st. all.) подразумевается, при существовании туберкулезной инфекции в организме, отсутствие сколько-нибудь значительных функциональных расстройств или наличие только следов перенесенных ранее расстройств (например, некоторая отсталость развития с наклонностью к выравниванию ее, умеренные изменения периферических лимфатических желез и т. п.).

К интоксикации легкой степени (Tbc I^1) должны относиться обусловливаемые туберкулезом умеренно выраженные функциональные расстройства, главным образом отражающиеся на субъективном состоянии больного (утомляемость, плохой аппетит, сон и т. п.), но не ведущие к объективно констатируемым явлениям, или же если явления эти очень незначительны (умеренный, легко восстанавливаемый упадок питания, непостоянные и незначительные колебания температуры — не выше 37,5° и т. п.).

Наконец, под интоксикацией тяжелой степени (Tbc I^2) нужно подразумевать те случаи, где имеются обусловленные туберкулезом более резкие функциональные расстройства, сопровождающиеся определенными объективными признаками, как продолжающаяся отсталость развития, значительный или стойкий упадок питания, объективно обнаруживаемые функциональные нарушения со стороны отдельных органов, изменения со стороны крови, стойкие и более или менее значительные (выше 37,5°) колебания температуры.

Каждый диагноз туберкулеза должен быть обоснован по приведенной схеме, т. е. ему должны соответствовать в истории болезни определенные признаки наличия туберкулезной инфекции и степени функциональных расстройств.

Если имеются признаки локализации туберкулезного процесса в определенном органе и если есть основание связать имеющиеся болезненные явления с этим процессом, то согласно действующей схемы классификации, сокращенно обозначаются, во-первых, эта локализация, вовторых, степень компенсации процесса (A,B[1], B[2],C).

В отношении бронхиальных желез такое обозначение (Tbc gl. bronch.) должно применяться только при наличии местных расстройств, связанных с изменением желез (симптомы сдавления дыхательной трубки у маленьких детей).

К локальным формам могут быть отнесены такие случаи, когда локализация активного воспалительного процесса определенно выясняется рентгеновским исследованием (ясно выраженный инфильтрат гилуса, опухолевидное увеличение бронхиальных желез или же свежий интерлобарный или медиастинальный плеврит).

Для диагноза туберкулеза легких важно прежде всего исключить неспецифические хронические легочные процессы (бронхиальная астма, интерстициальные фиброзы легочной ткани, развивающиеся после кори, коклюша, гриппа с образованием более или менее резко выраженных бронхоэктазий).

За неспецифический характер процесса (т. е. против туберкулеза легких) говорит совокупность следующих данных:

а) отсутствие тяжелой туберкулезной наследственности; начало болезни непосредственно после названных острых инфекций (однако надо иметь в виду, что эти инфекции иногда являются и толчком к обострению туберкулезного процесса);

б) отсутствие более или менее значительной задержки развития ребенка и стойкого упадка питания;

в) стойкие, держащиеся без изменений влажные хрипы, локализующиеся преимущественно в нижних частях легких, при незначительных перкуторных и рентгеновских данных (последнее — за исключением редких случаев более обширных неспецифических легочных циррозов).

Мокрота бывает в большом количестве только при мешотчатых бронхоэктазиях; при трубчатых может быть в умеренном количестве или даже отсутствовать. Кровохарканье у детей наблюдается и при неспецифических бронхоэктазиях.

Необходимо повторное и тщательное исследование бацилл Коха.

Для неспецифических хронических легочных процессов характерны периодические—1—2 раза в году—обострения („повторные воспаления легких“), обычно с усилением местных явлений;

г) во время таких обострений наблюдаются повышения температуры и изменения крови, свойственные острым инфекционным процессам (лейкоцитоз, сдвиг, нейтрофилез, высокая РОЭ). При отсутствии обострения температура обычно нормальная, в картине крови нет изменений, низкие цифры РОЭ.

В пользу туберкулезного процесса в легких говорит, наоборот, наличие внутрисемейного туберкулеза или контакта, подозрительные на туберкулез заболевания в прошлом или значительные изменения наружных лимфатических желез, обычно более или менее резко выраженные перкуторные и особенно характерные рентгеновские данные. При свойственных детскому возрасту туберкулезных инфильтративных процессах мокрота может отсутствовать или находиться в незначительном количестве, равно могут быть не найдены бациллы Коха. Обычно бывает резкая туберкулиновая реакция. Характерны также более или менее выраженные признаки хронической токсемии в форме задержки развития ребенка, упадка питания, стойких колебаний температуры, характерных изменений картины крови.

При отсутствии бацилл Коха в мокроте, диагноз в отдельных случаях ставится путем выяснения вопроса, говорит ли большинство признаков в пользу туберкулеза или против него. При этом надо иметь в виду также возможность комбинаций хронической туберкулезной интоксикации с неспецифическим легочным процессом.

О более детальном диагнозе и классификаци легочных и других локализованных форм туберкулеза — см. в учебниках и специальных руководствах.

В виду того, что начало более или менее тяжелых туберкулезных поражений, особенно юношеские формы, иногда сопровождается мало характерными признаками, необходимо тщательное наблюдение за всеми подозрительными в смысле устойчивости к туберкулезу детьми и подростками, согласно особому Положению о раннем выявлении туберкулеза, разработанному НКЗдравом.

В случае более или менее ясных признаков локализованного легочного процесса больной должен быть передан под постоянное наблюдение туберкулезного отделения (тубдиспансера).

Легочные процессы нетуберкулезного происхождения, хотя и хронические (астма, бронхоэктазия и т. п.), после окончательного выяснения диагноза совместно с туберкулезным педиатром, остаются под наблюдением общих педиатров.

В туберкулезное отделение (тубдиспансер) направляются также дети всех возрастов с диагнозом TbcI², дошкольного возраста с диагнозом TbcI¹ и TbcI² и все сомнительные в этом отношении.

В дальнейшем дети этих категорий остаются в отношении общей лечебно-профилактической помощи в ведении общих педиатров и школьных врачей, в отношении же туберкулеза—под периодическим наблюдением туберкулезного отделения (диспансера), при условии обмена сведениями (лично или письменно) о состоянии ребенка и предпринимаемых мероприятиях.

Прочие больные туберкулезом дети (Tbc st. all.) и дети школьного возраста с TbcI¹ остаются всецело под наблюдением

школьных врачей и педиатров и направляются в туберкулезное отделение (тубдиспансер) только в случае ухудшения туберкулезного процесса или обнаружения подозрительных в этом отношении явлений.

В заключение приводим указания о применении рубрики 44 (Туберкулез) в Единой классификации и номенклатуре болезней у детей и подростков.

1) Хроническая туберкулезная интоксикация

Сюда включаются: а) дети школьного и дошкольного возраста с TbcI^2, б) дети раннего возраста — все инфицированные туберкулезом.

Прочие группы инфицированных туберкулезом детей (школьного и дошкольного возраста) — Tbc st. all. и Tbc I^1, не регистрируются как больные и нуждающиеся в специальной противотуберкулезной помощи, но остаются на учете как ослабленные, нуждающиеся в общепрофилактических мероприятиях.

2) Туберкулезный бронхоаденит.

Это обозначение должно применяться только в случае наличия ясно выраженных местных клинических расстройств со стороны желез средостения (симптомы сдавления) или же резких рентгеновских изменений (инфильтрат hilus'а, опухолевидное изменение желез).

3) Туберкулез легких.

а) деструктивный, б) диссеминированный (очаговый), в) инфильтративный, г) фиброзный.

В отдельных случаях поражение легких обычно является комбинированным, что и должно быть отражено в индивидуальных диагнозах. Кроме того, при этом требуется обозначение степени компенсации процесса: компенсация — A, субкомпенсация слабой степени—B^1, более сильной степени — B^2, декомпенсация — C.

При сводках каждый комбинированный случай относится к наиболее тяжелой рубрике по установленной настоящей номенклатурой шкале (напр., очагово-деструктивный относится в рубрику деструктивных, инфильтративно-очаговый — к очаговым и т. п.).

К группе деструктивных таким образом относятся все формы туберкулезного поражения легких при наличии бацилл Коха, каверн, кровохаркания и др. признаков распада („открытые" формы).

К группе диссеминированных (очаговых), относятся формы в фазе обсеменения (наличие активных крупных, средних или мелких очагов, но без явных признаков распада).

Милиарный туберкулез легких, как проявление общего милиарного туберкулеза относится к подрубрике 8 „Острый милиарный туберкулез“ — см. ниже.

К группе инфильтративных относятся обратимые инфильтраты без признаков распада. Сюда же относятся интерлобарные плевриты и медиастиниты.

К группе фиброзных относятся все формы туберкулезного поражения легких в фазе рубцевания и петрификации, если нет признаков наличия активных очагов или распада.

4. Туберкулез серозных оболочек.

Сюда относятся: а) туберкулезный плеврит, б) туберкулезный перитонит, в) туб. перикардит, г) туб. полисерозит.

В индивидуальных диагнозах необходимо уточнять форму поражения серозных оболочек: серозная — гнойная — сухая — пластическая.

Случаи, где имеются только остаточные явления (шварты, старые срощения) сюда не относятся (группируются соответственно наличным клиническим проявлениям).

Интерлобарный и медиастинальный плеврит не относятся к данной рубрике (см. выше — подрубрика 3).

5. Туберкулез костей и суставов.

В индивидуальных диагнозах, помимо локализации, должна быть обозначена форма процесса:

а) неосложненная (закрытая), б) осложненная натечником, в) затихшая.

6. Туберкулез других органов.

а) Кожи — в индивидуальном диагнозе необходимо указать точную форму процесса. В невполне ясных случаях необходима консультация специалиста.

б) Туберкулез наружных лимфатических желез. Этот диагноз не должен применяться при наличии лишь общего увеличения лимфатических желез, свойственного туберкулезу, но только для обозначения локализации процесса в отдельных группах желез. При этом в индивидуальном диагнозе должна быть указана пораженная группа (например, туберкулез шейных, подмышечных и т. д. лимфатических желез), а также — форма поражения — неосложненная, осложненная свищами и т. п.

в) Туберкулез мезентериальных желез — устанавливается при наличии соответствующих общих и местных расстройств, главным образом, путем ощупывания (опухолевидные образования, болевые точки).

г) Туберкулез глаза и его придатков. При наличии у туберкулезного ребенка подозрительных изменений век, конъюнктивы,

слезной железы и мешка, склеры, роговицы, радужки, сосудистой оболочки и др. — необходима консультация специалиста.

Скрофулезный конъюнктивит (фликтены) к данной рубрике не относится, служа одним из проявлений хронической тубинтоксикации.

д) Туберкулез гортани. Необходимо специальное ларингологическое исследование при всех более или менее тяжелых легочных поражениях, а также при наличии подозрительных явлений со стороны гортани у каждого туберкулезного ребенка. В индивидуальном диагнозе должна быть уточнена форма поражения (инфильтративный или язвенный процесс).

е) Туберкулез других органов. Необходимо указание пораженного органа.

Сюда не относится туб менингит, как проявление общего милиарного туберкулеза, но сюда относятся солитарные туберкулы мозга.

7. Хронический и подострый генерализованный туберкулез.

(Множественные локализации).

В эту рубрику относятся случаи с более или менее равноценными в общей клинической картине проявлениями поражения различных органов. (Например, легочный и костно-суставной тбк и т. п.).

При определенном преобладании в клинической картине симптомов со стороны какой-либо из наличных локализаций (и второстепенного клинического значения прочих локализаций) случай следует относить по принадлежности в одну из предыдущих рубрик.

8. Острый милиарный туберкулез.

Сюда относятся как клинически генерализованные формы, так и с преобладанием поражения мозговых оболочек (туберкулезный менингит) или легких.

Психоневрологическое обследование[1].

(Применительно к общей педиатрической карте обследования).

При собирании материала, касающего невропсихических расстройств в детском возрасте, врач должен исходить из основного

[1] Разработано Е. А. Осиповой.

принципа: психические нарушения не являются исключительно заболеваниями мозга, но болезнью всего организма в целом. Следовательно, изменение любого психического отклонения не может ограничиться исключительно исследованием психического состояния больного, но и состояние его самотики, особенностей его эндокринно - вегетативного аппарата, состояния внутренних органов и т. д. Таким образом в клиническом описании наряду с симптомами психопатологическими и неврологическими, должна найти свое место оценка хотя бы главных признаков сопутствующих изменений в соматической области, прежде всего в эндокринной системе, органах чувств, общесоматических органах.

Вторым не менее существенным условием, обеспечивающим правильность исследования, является изучение патологического состояния в его динамике. Недостаточно установить статус. Необходимо исследованию личности в настоящем предпослать изучение ее прошлого, разумея по ним: 1) наследственность и 2) историю физического и психического развития до заболевания, включая сюда целый ряд факторов, влиявших на развите личности и подготовивших или определивших возникновение патологического состояния.

Исходя из вышеизложенных общих положений, психоневрологическое исследование должно охватить 4 раздела.

Первый раздел, касающийся соматоморфологического статуса, включает особенности расстройства эндокринно-вегетативного аппарата, а также все дополнительные данные из области телосложения, если они не нашли своего отражения в исследовании антрополога, но имеют тесную связь с отклонениями в нервно-психической сфере — дисплазии, дистрофии, деформации, диспропорции, асиметрии, признаки физической дегенерации, эндокринные отигмы и т. д. Наличие эндокринных стигм можно объяснить различно. Расстройства эндокринно-вегетативной системы могут иметь первичное значение, вызывая соответствующие уклонения в психической деятельности (например, психика кретина при гипотиреозе, психика базедовички при дис- или гипертиреозе и т. д.), или же вторичное значение, являясь производным первоначального церебральное поражения. Наконец одни и те же этиологические факторы могут быть причиной одновременных как соматических, так и психических нарушений, например, олигофрен с целым рядом морфологических дисплазий на основе сифилитического поражения зачатка или дистрофический инфантилизм в связи с длительной кишечной интоксикацией.

Дополнительно при учете и оценке нервно-психического состояния врач полжен иметь хотя бы ориентировочное представление о соматической полноценности обследуемого — наличие тяжелых или длительных соматических расстройств (туберкулезная интоксикация, хронические лихорадочные инфекции и т. д.),

а также расстройств органов чувств — зрения, слуха и т. д., могущих отозваться на психической деятельности или же являющихся одновременными и однозначными симптомами общего заболевания (например, потеря слуха, как последствие базального менингита или атрофия зрительного нерва при невросифилисе и т. д.).

Методика обследования, общая соматическому обследованию основана на знании законов роста, возрастных эндокринных и асмотических нарушений. Больной обследуется раздетым, особое внимание уделяется асиметриям и деформациям черепа; из эндокринных желез наиболее доступная для исследования щитовидная железа и половые железы у мальчиков.

Запись производится кратко.

Пример записи:

1. Диспластичен. Гидроцефалический череп. Экзоостозы.

2. Превышает по росту свой возраст за счет нижних конечностей: евнухоидные пропорции. Гипоплазия гениталий.

3. Гипопластична. Инфантильные пропорции. Хрупкий скелет.

Второй раздел—исследование неврологического статуса. Расстройства психической деятельности далеко не всегда сопровождаются видимыми, явно доказуемыми симптомами поражения мозговой ткани. Имеется целый ряд психических отклонений, как некоторые психозы, реактивные состояния, врожденные аномалии (психопатии, невропатии), в которых психические сдвиги или функциональны и динамичны, или связаны с врожденными особенностями мозговой структуры, но не являются следствием местных церебральных разрушений и следовательно не проявляют себя местными очаговыми симптомами. С другой стороны, наблюдаются так называемые органические поражения центральной нервной системы, в которых на первый план выдвигаются симптомы, связанные с местными разрушениями — выпадения двигательных функций, расстройства рефлекторной дуги и т. д. Психические изменения имеют здесь подчиненное значение или же грубо ограничены в связи с локальными выпадениями. И, наконец, наиболее часты такие формы нервно-психических заболеваний, где в одинаковой или близкой степени отмечаются признаки расстройств как со стороны психики, так и со стороны нервной системы, при чем последние могут быть или более выражены, или представлены микросимптомами, требующими тщательного изыскания. Последние случаи особенно часто встречаются в детской практике, так как в этиологии нервно-психических расстройств детского возраста очень большое место занимают невротропные и общие инфекции с их мозговыми осложнениями: параинфекционные энцефалопатии и энцефалиты-менингиты и менингоэнцефалиты с остаточными после них состояниями в виде задержек изменений характера и т. д.

Исследование нервного статуса проводится по общей клинической схеме в известной последовательности.

1. Область черепномозговых нервов. Здесь можно встретить: а) мелкие ассимметрии конгенитального значения, б) более выраженные стойкие симптомы, оставшиеся (residua) после перенесенного мозгового поражения, имевшего место в предшествовавшие этапы развития, и в) наконец лабильные симптомы текущего церебрального процесса. Наибольшее значение в данном разделе имеет исследование глазодвигателей (V, IV и VI пара) и лицевого нерва (VII пара); отмечаются птоз, слабость конвергенции, страбизм, парезы и паралич лицевого нерва.

В силу технических удобств одновременно исследуются зрачковые реакции на свет, конвергенцию и аккомодацию и нистагм.

2. Расстройства двигательных функций выявляются путем систематического обследования движений больного в два этапа: а) пассивных движений, т. е. состояния костно-суставносвязочного аппарата и мышечного тонуса. Отмечаются ограничения пассивных движений, контрактуры, а также гипо- и гипертонии б) активных движений — их объема, силы и точности. Отмечаются парезы, параличи, атрофии и гипертрофии мышц и т. д. Одновременно отмечаются экстрапирамидные нарушения и общие особенности моторики: расстройства выразительных движений, акинезы, гиперкинезы (тремор, тики, хореиформенные движения и т. д.), а также качественные изменения и общая двигательная недостаточность.

К этому же разделу присоединяются нарушения координации движений—явления локомоторной и статической атаксий (нарушения походки, симптомы Ромберга, пальценосовая проба и т. д.).

Расстройства чувствительности в амбулаторной практике ограничиваются исследованием наиболее элементарных ее видов: тактильной, термической и болевой. Отмечаются гипестезии, анестезии, гиперестезии, гипералгии и т. д.

4. Расстройства рефлекторной дуги. О зрачковых реакциях говорилось выше. Особое значение имеют перкуторные рефлексы, вызываемые поколачиванием молоточка по сухожилиям и надкостнице — коленный рефлекс, с ахиллова сухожилия, с надкостницы лучевой кости. Из кожных рефлексов клиническое значение имеют лишь немногие, например, брюшные, ослабление которых идет обычно параллельно усилению сухожильных при пирамидных поражениях. Из патологических рефлексов особенно важен симптом Бабинского — признак пирамидных поражений, а также всех состояний временной децеребрации (эпилептический припадок, коматозное состояние).

5. Расстройства вегетативной нервной системы и общие мозговые симптомы. Особого внимания в детском возрасте заслуживает исследование состояния вегетативной системы, ее расстройств в виде дисфункции регуляторного аппарата. Спастиче-

ская бледность, яркая игра вазомоторов, мраморность кожи, акроцианоз, выраженный дермографизм, похолодание конечностей, повышенное слюноотделение, сальность лица и пр. являются наиболее частыми симптомами, говорящими за нарушенное равновесие вегетативной регуляции различного патогенеза. Головные боли, головокружения, обмороки, нарушения сна, аппетита, беспричинные колебания температуры и т. д. дополняют картину вегетативных расстройств.

Наличие множественных неврологических симптомов сразу направляет внимание в сторону органического поражения мозга. В отдельных случаях наметившийся синдром бывает настолько выразителен, что он подсказывает и самую форму заболевания, как, например расстройства глазодвигателей плюс скованность движений при эпидемическом энцефалите и т. д. Запись проводится в графе „Нервная система", причем заносятся только обнаруженные отклонения.

Третий раздел—исследование психического статуса.

При изучении психического статуса пользуются данными наблюдения и психического исследования. При наблюдении имеют значение как анализ поведения больных во время исследования, так и его высказывания. Расспрос больного имеет целью: а) установить наличие ясности сознания или его нарушение, степень ориентировки в окружающем; б) выявить уровень общего развития, в) уяснить особенности эмоциональной сферы—легкое завязывание контакта или малодоступность, впечатляемость или тупость, лабильность афекта или его устойчивость, г) уловить патологические проявления в виде формальных расстройств психики (навязчивые и бредовые идеи, галлюцинации и т. д.).

Практически ориентировочная беседа слагается из нескольких вопросов, касающихся общей житейской осведомленности, школьных знаний, оценки собственного состояния, отношения к окружающим и т. д. При беспрепятственно налаживающемся контакте и достаточном понимании больными предлагаемых вопросов, последние дополняются психологическим исследованием в целях уловления более тонких расстройств мышления, восприятий и отдельных психических функций—внимания, памяти и т. д.

Необходимыми пособиями являются детские книжки, картинки с различным эмоциональным содержанием, настольный строительный материал для детей младшего возраста.

Недостаточная способность ребенка к анализу собственных переживаний и еще меньшее умение выразить свои ощущения в словесной форме ограничивают ценность высказываний больного (особенно по сравнению с взрослыми). И поэтому в детской практике особое значение приобретает наблюдение за поведением больного во время исследования, особенно его психомото-

рики и вегетативных реакций. Манера больного держать себя — общая вялость или психомоторное беспокойство, особенности речи как в отношении внутреннего содержания, так и внешнего оформления (богатство словесных образов и их сочетаний, расстройства артикуляции и т. д.), наличие патологических явлений (негативизм, двигательные стереотипии), живость вегетативных реакций, афективное отношение к исследованию и исследователю или, наоборот, равнодушие или неприязнь дают богатый дополнительный материал к непосредственным высказываниям больного. При всем том оценка полученных на осмотре данных требует большой осторожности, так как здесь многое зависит не столько от патологического состояния, сколько от возрастных особенностей и отношения больного к врачу. Дети вообще очень легко тормозятся в новой непривычной обстановке, часто бывают защитно негативистичны, особенно если встречают во враче моралиста, сразу дающего отрицательную оценку их поведения.

В выборе тем для свой беседы врач руководствуется возрастом больного, его состоянием, бытовыми уславиями и т. д. Беседу рекомендуется начинать с нейтральных тем, не затрагивающих чувствительных мест (каковыми часто бывают неуспеваемость в школе, нарекания на плохое поведение и т. д.). Кроме того не надо забывать, что многие душевнобольные дети диссимулируют свое состояние, отрицая наличие психотических явлений (галлюцинаций, страхов). Таким образом каждый случай требует особого расспроса в зависимости от состояния, и, как уже было сказано выше, часто большое значение имеют не формальные ответы исследуемого, а его двигательные и вегетативные реакции, не поддающиеся подавлению и часто отображающие внутреннее психическое напряжение.

Четвертый раздел — анамнестический. В детской невропсихиатрической практике правильно собранный анамнез является часто основным материалом. Собираемые педиатром обычные анамнестические сведения оказываются здесь недостаточными. Необходимо особо тщательное собирание данных, касающихся наследственного и врожденного отягощения, раннего развития, мозговых осложнений при общих заболеваниях, психических особенностей преморбидной личности, обстоятельств, сопровождавших развитие болезненного состояния, его первоначальной симптоматики и последующего течения. Кроме того самое собирание анамнеза, будучи по необходимости ограничено кратковременным обследованием и наблюдением во время приема, должно быть дополнено объективными сведениями, черпаемыми из показаний родителей или лиц, их заменяющих, из характеристик учебно-воспитательных учреждений или производства, если дело касается работающего подростка.

Предпочтительно анамнестические сведения, особенно в отношении наследственных данных и особенностей быта, собирать у обоих родителей. Мало того, памятуя о том факте, что в об-

разовании нервно-психических отклонений детского возраста (особенно в области патологии характера) чрезвычайно большую роль играют неблагоприятные жизненные влияния, исходящие из многих источников, в том числе и семьи, крайне желательно по каждому подобному случаю иметь объективно проверенные сведения, собираемые хорошо инструктированной сестрой социальной помощи или педагогом. Непременным дополнительным звеном анамнеза будет изучение родовой деятельности матери и полноценности всего ее потомства.

Заканчивая указания к нервно-психическому обследованию, необходимо дать несколько практических советов технического свойства.

1. Так как в предлагаемой карте для анамнеза нет достаточно вместительной рубрики, очевидно придется пользоваться в случае надобности дополнительным листом.

2. Неврологическое обследование в детском возрасте часто встречает затруднения, особенно в младших возрастах, дети боятся чужого прикосновения; молоточек для рефлексов их пугает. Лучше приступать к неврологическому и морфологическому осмотру во вторую очередь, когда с ребенком завязан контакт и он освоился с исследователем.

3. Беседу с ребенком и его родителями следует всегда проводить раздельно, в интимной обстановке, гарантирующей свободу высказывания со стороны родителей и способствующей установлению тесного контакта с больным ребенком.

Обследование органов зрения[1]

(Проводится школьным врачем и окулистом).

Школьный врач производит: 1) определение остроты зрения без коррекции и 2) наружный осмотр глаз и их придаточных органов.

Методика исследования.

1. Острота зрения исследуется на каждом глазу в отдельности (другой глаз прикрывают непрозрачным щитком все время следят, чтобы испытуемый смотрел прямо перед собой и не щурился и не поворачивал головы). Исследование производится по таблицам, построенным по принципу Снеллена (таблицы проф. Головина и Сивцева, таблицы проф. Крюкова и т. п.). Таблицы помещаются на стене перед окном на уровне глаз исследуемого. Последний всегда сидит спиной к окну.

Для показывания букв пользуются какой-нибудь чистой палочкой (отнюдь не пальцем). Палочку следует только прикладывать к таблице и притом на некотором расстоянии от указываемой буквы. Расстояние между испытуемым и таблицей должно быть не менее 5 м. Таблицы должны быть хорошо освещены. При

[1] Разработано проф. Л. И. Сергиевским.

искусственном освещении источник света должен быть скрыт от глаз испытуемого. Лучше всего пользоваться аппаратом Рота.

2. При наружном осмотре главное внимание направляется на соединительную оболочку (выворот верхнего века обязателен), края век и отводящие слезные пути (в нормальном состоянии нижняя слезная точка при неоттянутом веке не видна, при надавливании на область слезного мешка из нее ничего не выделяется).

Все дети с уклонениями от нормы в указанных областях и с остротой зрения ниже 1,0 направляются для дальнейшего исследования к окулисту.

Окулист производит у присылаемых к нему детей всестороннее исследование органа зрения в границах, требуемых каждым отдельным случаем. Окулист выясняет все сомнения школьных врачей и дает им указания относительно зрительного режима школьников.

Кроме того, он принимает деятельное участие в борьбе с глазными инфекциями в школе и с травматизмом. При исследовании остроты зрения окулистом характер и степень аномалии рефракции должны определяться объективным путем (скиаскопия, офталмометрия). Подбор и назначение очков должны производиться уже при первом обследовании поступающих в школу. Исследование же цветоощущения, бинокулярного зрения и мышечного равновесия может производиться постепенно в течение курса, но с таким расчетом, чтобы ко времени специализации все школьники района были в этом отношении уже обследованы.

Дети с абсолютной остротой зрения на лучшем глазу не выше 0,2 и не ниже 0,05 выделяются окулистом в группу „слабовидящих", которые могут учиться вместе с нормальными и потому нуждаются в особом зрительном режиме.

В эту же группу окулист выделяет и детей с „угрожаемым зрением". Сюда прежде всего следует относить всех близоруких в степени 5,0 и выше и всех близоруких с изменениями на дне.

О прочих близоруких детях окулист дает школьному врачу сведения как о таких, которые требуют с его стороны особенного внимания. Такого же внимания должны требовать к себе и дети с близорукой наследственностью, хотя бы в момент поступления в школу они не были сами близорукими.

В связи с этим у всех детей при поступлении в школу должен собираться тщательный анамнез о близорукости у их родителей и ближайших родственников. В случае положительных указаний они должны по возможности проверяться окулистом путем исследования органа зрения у соответствующих лиц. Все дети, оказавшиеся при обследовании близорукими, или которым ввиду их наследственности угрожала близорукость, подвергаются осмотру окулиста в начале и в конце каждого нового учебного года. Такому же исследованию подвергаются и все дети — астигматики.

Кроме того каждые три месяца в течение учебного года школьные врачи опрашивают всех учеников о состоянии их зрения и тотчас же направляют к окулисту всех заявивших какие-либо жалобы.

Для того, чтобы производить необходимые исследования, школьный врач должен располагать комнатой длиной не менее 5 м, пробными таблицами, построенными по принципу Снеллена, и приспособлением для искусственного освещения таблиц.

Окулист должен иметь в своем распоряжении лампу для бокового освещения и офталмоскопического исследования. Если это будет керосиновая лампа, то она не должна быть слабее 16 линий и должна быть снабжена плоским фитилем. В кабинете окулиста должен быть офталмоскоп с двумя лупами (13 и 20 диоптрий), лестница для скиаскопии, по возможности офталмометр Жавль-Шиоца, осветитель Рота с таблицами для исследования остроты зрения, периметр со схемами полей зрения, полный набор оптических стекол непременно с двойными цилиндрами, универсальная оправа для подбора очков, рулетка с делениями на миллиметры, псевдоизохроматические таблицы Ишихара, набор призм в круглых оправах, призма Маддокса, печатный шрифт для чтения на близком расстоянии.

Исследование окулист ведет соответственно общепринятым в офталмологии способами. При этом бинокулярность зрения проще всего определяется по установочному движению, которое наступает вслед за приставлением к одному из глаз призмы не слабее 10°. Обыкновенно ее помещают основанием к виску и наблюдают поворот переднего отрезка к носу. Поле зрения при отсутствии периметра можно в грубых чертах исследовать рукой. Показания испытуемого при этом проверяются собственным полем зрения исследующего. Исследование при помощи таблиц Ишихара следует вести с расстояния в 76 см. Таблицы следует держать развернутыми в одной плоскости (между страницами не должно быть угла) перпендикулярно перед исследуемым, который сидит спиной к свету. Следует тщательно следить за тем, чтобы исследуемый не присматривался к таблицам сбоку. Таблицы следует предъявлять по очереди все. Аномалия рефракции испытуемого должна быть предварительно исправлена.

Исследование уха, носа и горла[1]

Объективному исследованию ребенка предшествует просмотр анкеты и собирание необходимых анамнестических данных.

Начать исследование удобнее с уха, так как важно, чтобы ребенок был менее утомлен исследованием других органов (носа, горла).

Для испытания слуховой способности на речь обыкновенно пользуются шопотной речью, так как разговорную речь боль-

---

[1] Разработано К. П. Сычевым.

шинство людей с тугим слухом различает еще на таком расстоянии, для которого наше помещение ушного кабинета оказывается недостаточно обширным. К тому же и выключить второе ухо из поля слуха при исследовании громкой речью составляет довольно трудную задачу. Каждое ухо исследуется отдельно, поочередно, причем, чтобы исключить в данный момент другое ухо, последнее обращается в противоположную сторону от исследующего, а в слуховой проход глубоко вводится палец (ассистента или самого исследуемого) или же в ухо закладывают мокрую ватку.

Для того, чтобы получить по возможности однородные результаты, необходимо для шопотной речи пользоваться только остаточным воздухом в легких после спокойного выдыхания. Врач становится возможно дальше от исследуемого и, произнося отдельные слова, заставляет ребенка повторять их за собой, приближаясь к ребенку до тех пор, пока тот не будет ясно различать и правильно повторять сказанное.

Для исследования необходимо употреблять слова из обычного лексикона, сообразуясь с тем, насколько они доступны интеллекту ребенка, так как в противном случае результаты могут получиться сбивчивые и менее надежные, нежели в том случае, если ребенок одинаково хорошо знаком со значением всех произносимых слов. Это значение необходимо помнить, особенно при исследовании слуха у более маленьких детей, запас слов которых, как известно, вообще крайне ограничен.

За резко пониженный слух принимается слышимость шопотной речи на расстоянии от 0 до 1 м, за пониженный слух — шопотная речь, ясно различимая на расстоянии от 1 до 5 м.

Дети, слышащие шопотную речь далее 5 м, относятся к группе детей с нормальным слухом.

С детьми, у которых имеются непоправимые разрушения в слуховом органе, поступают, смотря по степени притупления слуха, различным образом. Дети с пониженным слухом на оба уха должны быть усажены в классе вблизи преподавателя и по возможности таким образом, чтобы они могли видеть не только преподавателя, но также отвечающих на вопросы детей и возместить зрением недостающие у них слуховые способности.

Если тогоухость существует только на одно ухо, то ребенок должен сидеть так, чтобы лучше слышащее ухо было обращено к преподавателю. Сильно глухие дети только редко, и то при хороших условиях, будут в состоянии хорошо заниматься в школе для детей с нормальным слухом и требуют помещения их во вспомогательные школы или отдельных занятий с преподавателем.

Не менее важную задачу представляет тщательное обследование и изучение носовой полости и носоглотки, заболевание которых имеет столь серьезное значение для школьника ввиду тесной связи этих органов с заболеваниями уха.

Для определения проходимости носа применяют закрывание по-

очереди одной и другой ноздри, одновременно заставляя ребенка делать дыхательные движения.

Из заболеваний горла в школьном возрасте чаще всего приходится иметь дело с заболеваниями миндалевидных желез, именно гипертрофией их.

Осмотр зева производится, особенно у боязливых детей, лучше всего сначала без всяких вспомогательных инструментов; ребенка заставляют спокойно дышать, широко раскрывая рот. Обращают внимание на конфигурацию твердого неба, небную занавеску, дужки, миндалины и заднюю стенку глотки.

Схема исследования

Исследование слуха шопотной речью
  на правое ухо . . . . . . м
  на левое ухо . . . . . . м
Среднее ухо (отмечается гноетечение)
  правое ухо . . . .
  левое ухо . . . .
Верхние дыхательные пути
Проходимость носа
  справа . . . .
  слева . . . .
Состояние зева: миндалины.

Медицинское заключение

Медицинское обследование детей и подростков обязательно должно быть закончено: а) постановкой диагноза и б) общей оценкой состояния здоровья с учетом физического развития. Необходимость поставить клинический диагноз должна побудить врача в необходимых случаях использовать всю сумму наличных возможностей (клинические, лабораторные, рентгеновские и т. д.) для уточнения диагноза. При невозможности поставить точный диагноз следует обозначить предположительный диагноз, однако достаточно обоснованный. Рядом с диагнозом (здоров, малярия, туберкулез, ревматизм, хронический нефрит, порок сердца и т. д.) обязательно указывается и общая оценка состояния здоровья в следующих трех формулировках.

1. Здоров. В эту группу войдут все по существу практически здоровые дети и подростки с хорошим и удовлетворительным физическим развитием, с хорошим или вполне удовлетворительным самочувствием при отсутствии сколько-нибудь значительных объективных отклонений органического или функционального характера, а также определенные группы туберкулеза детей (см. выше соответствующий раздел).*)

*) Дети с незначительными заболеваниями, поддающимся быстрому и полному излечению (легкие травмы, острый бронхит, фурдикулез и др.), относятся также к группе „здоров".

2. Ослабленный. Эта группа однотипная по внешним признакам, но довольно пестрая по этиологической сущности. В эту группу попадают и ревматик, и малярик в период между приступами, и ребенок с нерезкой туберкулезной, сифилитической и глистной интоксикацией, и реконвалесцент после заразных или незаразных заболеваний и после перенесенной операции, и больной с неустойчиво компенсированным пороком сердца, и эпилептик с частыми припадками, и больные с хроническими заболеваниями почек и зобатостью кроме небольшого физиологического увеличения щитовидной железы у подростков. Эта довольно лабильная, изменчивая и нередко мало устойчивая по динамике своего здоровья группа, конечно, может оставаться в школе, но постоянно должна находиться в центре внимания школьного врача и периодически (2—3 раза в год) должна подвергаться более детальному обследованию школьным врачом.

Группа „ослабленные" может быть разделена на две подгруппы:

а) нуждающихся в общепрофилактических мероприятиях (облегченный режим в школе, гигиенизация домашнего быта, проведение лета вне города);

б) нуждающихся в индивидуальных лечебных мероприятиях (физиотерапевтические мероприятия, диетстоловая, рыбий жир, медикаментозное лечение).

Поскольку эта группа занимает среднее место между двумя крайними группами „здоровые" и больные", отдельные члены этой группы могут быть передвигаемы из этой группы то в группу „больных", например, обострение у больного ревматизма или малярии потребует для него временного оставления школы и постельного лечения дома или в больничной обстановке. Обострение туберкулезной интоксикации — переход 1^1 в 1^2 потребует либо оставления школы, а для рабочего подростка — работы на производстве, либо перевода такого школьника в организуемые в школах отделения для ослабленных школьников (см. „Оздоровительные группы в массовой школе", Центр. Институт ОЗДиП, Москва); тоже и при обострении локального туберкулеза до перехода процесса в компенсированную форму и при наступлении у ребенка с пороком сердца субкомпенсации. Наоборот, реконвалесцент после операции или ряда болезней спустя некоторый период перейдет в группу „здоровые".

3. Больные естественно подлежат соответствующему лечению дома или в больничном учреждении. Однако следует иметь в виду, что при отнесении школьника или подростка в группу „ослабленные" или „больные" решающее значение принадлежит не наименованию болезни, а оценке степени заболевания, т. е. оценке функциональных отклонений с учетом работоспособности и самочувствия ребенка.

ПРОЕКТ

единой классификации и номенклатуры болезней у детей и подростков.

ВВЕДЕНИЕ.

Действующая в настоящее время в СССР „Классификация и номенклатура причин смерти“, утвержденная I/V—1931 г. Госпланом, как обязательная к применению, построена таким образом, что в основу преимущественно положен этиологический принцип. Болезни, этиология которых не может быть установлена с точностью, сгруппированы по органам с общей или близкой физиологической функцией (но не по чисто-анатомическому признаку). Из номенклатуры исключены обозначения симптомов заболеваний.

При составлении данной классификации полному осуществлению указанных принципов мешала необходимость до известной степени согласовывать эту классификацию с международной. Когда же в 1930 году пересматривалась международная классификация, то значительные изменения, предложенные в частности советской делегацией, были отвергнуты по мотивам необходимости сохранения преемственности статистических данных [1].

При ближайшем ознакомлении с упомянутой классификацией— как в разделе „Полной номенклатуры“, так особенно — в „Развитии рубрик“, — можно констатировать, что этиологический принцип выдержан не в достаточной мере. Сверх того за последние годы в научной медицинской литературе несколько иначе освещены вопросы этиологии и патогенеза ряда заболеваний. Вследствие этого в номенклатуре иногда фигурируют наименования болезненных форм и термины, частью устаревшие и в некоторых случаях не соответствующие последним достижениям науки; наоборот, ряд существенных терминов пропущен.

То обстоятельство, что утвержденная Госпланом классификация и номенклатура имеет в виду прежде всего причины смерти, делает ее не всегда пригодной для классификации

---

[1] Международная классификация подвергается пересмотру на международных конференциях каждые 10 лет.

болезненных состояний. В этой классификации выделены в основные рубрики главным образом те болезненные формы, которые ведут к смерти; болезни же и болезненные состояния, не имеющие такого значения, затушевываются. А между тем в практической жизни эти болезни подчас имеют очень большое значение, как с точки зрения характеристики общего уровня здоровья населения, так и организации специальной терапии и профилактики, что особенно важно в отношении детского возраста.

Именно в применении к заболеваниям детского возраста действующая классификация не всегда удовлетворяет требованиям, так как в ней, в особенности в „Полной номенклатуре", опущены многие заболевания, весьма актуальные, часто встречающиеся у детей и в патологии детского возраста имеющие большое значение.

Все указанные здесь недостатки действующей классификации вызывают необходимость основательно пересмотреть классификацию и номенклатуру заболеваний в применении к детскому возрасту. Но эта работа чрезвычайно сложна и длительна. А между тем широкие массы врачей-педиатров безотлагательно нуждаются в единой классификации и номенклатуре которая соответствовала бы современным достижениям науки и была бы пригодна для практических целей детской терапии и профилактики. Для удовлетворения этой насущной потребности Управление ОЗДиП Наркомздрава решило внести в действующую классификацию и номенклатуру самые необходимые поправки, по возможности без коренной ломки ее. С этой целью была создана комиссия[1], взявшая в основу своей работы материалы Центрального института ОЗДиП НКЗдрава, которым еще в 1933—34 году была сделана попытка пересмотреть действующую классификацию и номенклатуру болезней и причин смерти.

Комиссией внесены следующие коррективы: в отдел с установленной этиологией перенесен ряд заболеваний из последующих рубрик, построенных по анатомо-физиологическому принципу с тем, чтобы в последних остались только те заболевания, этиология которых и до сих пор не выявлена; включены некоторые новые термины, установившиеся в международной научной литературе; исключены устаревшие термины; устранены обозначения отдельных симптомов или симптомокомплексов, подменяющих в некоторых случаях истинный диагноз. Выделены

---

[1] Состав Комиссии по пересмотру классификации и номенклатуры болезней у детей и подростков при Управлении охраны детей и подростков НКЗдрава: Председатель, засл. деятель науки, проф. А. А. Кисель, его заместитель, доц. А. Г. Цейтлин. Секретарь — доц. Н. П. Савватимская. Члены Комиссии: прив. доц. С. А. Васильев, доц. С. И. Вольфсон, доц. Т. Н. Зацепин, проф. А. П. Иордан, проф. А. А. Колтыпин, доц. Д. Д. Лебедев, прив. доц. И. Е. Майзель, д-р. В. Д. Маркузон, д-р. А. Н. Меерков, проф. В. И. Молчанов, д-р. Е. А. Осипова, д-р. А. Д. Островский, доц. И. М. Присман, д-р. С. А. Розенталь, д-р А. С. Саввaитов, проф. Л. И. Сергиевский, засл. деятель науки проф. Г. Н. Сперанский, проф. Г. Е. Сухарева.

в полной номенклатуре заболевания, имеющие важное значение в практике работы педиатров. (В действующей номенклатуре эти болезни нередко объединяются под обозначением „Прочие болезни").

В отношении осложнений решено было принять следующий принцип: все осложняющие болезненные состояния, возникшие в течение самого заболевания и следующие за ним, не выделяются в особые обозначения, но включаются в рубрику основного заболевания. Например, нефрит скарлатинозный относится к рубрике скарлатины, головная водянка после церебро-сп. менингита — к рубрике ц. сп. менингит и т. д.

Для переработки отдельных разделов были созданы бригады под руководством крупных специалистов.

Так, по разделу соматической группы болезней работала бригада проф. А. А. Кисель, по группе острой детской инфекции — бригада проф. Колтыпина, по группе болезней новорожденных и пороков развития работой руководил проф. Г. Н. Сперанский, по психоневрологии — проф. Г. Е. Сухарева и доц. И. М. Присман, по ортопедии — доц. Т. П. Зацепин, по хирургическим заболеваниям — прив.-доц. С. А. Васильев, по болезням органа зрения — проф. Л. И. Сергиевский, по болезням уха, горла, носа — доц. С. И. Вольфсон, по кожным болезням — проф. Л. П. Иордан.

Проект изменения классификации и номенклатуры болезней новорожденных и детей раннего возраста согласован с Центральным Институтом охраны материнства и младенчества, проект рубрик туберкулеза и ревматизма — с Центральным Тубинститутом и с Детской секцией Всесоюзного Комитета по изучению ревматизма и борьбе с ним — по принадлежности.

Результатом работы Комиссии является печатаемый ниже проект единой классификации и номенклатуры болезней у детей и подростков, который, сохраняя подразделения и в значительной мере номенклатуру действующей „Классификации и номенклатуры причин смерти", имеет однако ряд изменений.

Так, сохранены все основные отделы и группы действующей классификации, как количественно (с той же нумерацией), так и по названиям (кроме гр. 1 — Болезни беременности и родов, которая в текст вовсе не включена).

Содержание отдельных групп двух разделов действующей классификации и номенклатуры, а именно: „Полной номенклатуры[1] и „Развития рубрик номенклатуры болезней и причин смерти" — подверглись более или менее значительным изменениям. При этом, в соответствии с внутренним смыслом переработанных разделов, первый получил в тексте Комиссии заголовок А — „Основная группировка болезней" (вместо „Полной номен-

---

[1] „Сокращенная номенклатура" пока оставлена без пересмотра и в текст не включается.

клатуры"), а второй — Б—„Развитие рубрик основной группировки" (вместо „Развитие рубрик номенклатуры болезней").

По отношению к отдельным группам менее всего изменений внесено в гр. 4—7 (травмы и наркомании) и гр. 20 (недостаточно определенные болезни).

Кардинальной переработке в соответствии с современными научными данными и практическими запросами детских врачей подверглись гр. 2 (бол. новорожденных и врожденные пороки развития), гр. 8 (болезни от неполноценного питания); гр. 12 (болезни крови и кроветворной системы), гр. 13 (болезни нервной системы и органов чувств), гр. 18 (болезни органов движения) гр. 19 (болезни кожных покровов). Подобное же полное изменение внесено и в некоторые отдельные рубрики других групп, как, напр., п. 42 — ревматизм, п. 43 — туберкулез, п. 51 — болезни желудочно-кишечного тракта и некоторые другие[1].

Во многие из остальных групп и рубрик также внесены более или менее значительные изменения. Из более существенных отдельных изменений можно отметить следующие:

1) Выделение из суммарных рубрик „Прочие болезни" той или иной группы некоторых болезней: ряда острых детских инфекций, не играющих роли как причины смерти, но имеющих все же немалое значение в работе детского врача (ветряная оспа, свинка, различные типы краснухи и инфекционной эритемы, различные типы глистных инвазий, вакцинальные и сывороточные явления; нарушения функций паращитовидной железы и некоторые другие существенные в детском возрасте эндокринные расстройства; различные авитаминозы; бронхоэктазии; альбуминурия неопределенной этиологии и др.).

2) Исключены, наоборот, особые обозначения болезненных форм, имеющих значение только у взрослых (напр., в группе болезней женских половых органов и т. п.).

3) Перемещены в другие группы по патогенетической принадлежности или по другим основаниям: острый ревматизм (из подгруппы острых инфекций в хронические); хорея (из группы нервных болезней в рубрику ревматизма); хронический ревматизм (из группы обмена веществ — в группу болезней органов движения неопределенной этиологии, под именем хронических артропатий); ревматическая пурпура (из рубрики ревматизма в группу кровоточивых болезней); рахит (из группы болезней от неполноценного питания в группу болезней обмена); детская селезеночная анемия (болезнь Якш-Гайема — из рубрики анемий в рубрику рахита); лимфогрануломатоз (бол.) — Гочкина (из рубрики лейкемий в особо выделенную рубрику болезней лимфатических желез неопределенной этиологии); узловатая эритема (из группы кожных болезней — в группу инфекционных) и т. п.

---

[1] В связи с рядом перестановок и расчленений и, наоборот, соединений, — нумерация рубрик в тексте Комиссии не соответствует тексту Классификации и номенклатуры Госплана.

4) Исключены устаревшие термины (горячка, хронический ревматизм, arthritis nodosa, геморрагический диатез и др.).

Во всех рубриках исключены наименования болезненных явлений, служащих непосредственным последствием или осложнением других определенных болезней. В группах болезней отдельных органов при этом остаются только заболевания с неопределенной этиологией (напр., к группе болезней крови относятся только так наз. эссенциальные формы анемий, как пернициозная, но не вторичные анемии на почве др. болезней; к группе болезней нервной системы относятся энцефалиты, миэлиты и пр. только неопределенной этиологии, но не болезнь Гейне-Медина и т. п.; к группе органов дыхания — бронхопневмонии неопределенной этиологии, но не коревые, гриппозные и т. д.; плевриты неопределенной этиологии, но не диплококковые, туберкулезные и т. п.).

Первый раздел проэкта Единой классификации и номенклатуры болезней у детей и подростков („Основная группировка болезней") предназначается для отчетных целей; во втором разделе (Развитие рубрик группировки) заключаются важнейшие термины номенклатуры болезней. В целях скорейшего опубликования работы, решено временно ограничиться русской транскрипцией номенклатуры, вводя латинские обозначения только там, где не имеется общеупотребительных русских терминов.

Равным образом отложено и печатание руководящих указаний к пользованию единой классификацией и номенклатурой; отчасти этим целям могут послужить помещаемая выше краткая методика врачебного обследования ребенка, в частности — по разделу классификации и номенклатуры туберкулеза, а также — рабочая классификация ревматизма у детей и подростков с руководящими указаниями к ней (принятые Дет. секцией Всесоюзного ревматического Комитета).

Управление ОЗДиП Наркомздрава считает проделанную работу по проработке классификации и номенклатуры болезней детей и подростков далеко еще не законченной. Публикуемые материалы предлагаются в качестве проэкта единой классификации и номенклатуры[1]. Дальнейшая работа по коренному пересмотру классификации и номенклатуры детских болезней будет проводиться согласованно с аналогичной работой по классификации и номенклатуре болезней взрослых в соответствующей Комиссии Наркомздрава СССР.

Весьма желательна дискуссия в связи с публикуемым проэктом рабочей классификации и номенклатуры в медицинской печати, а также письменные отзывы и замечания, которые следует направлять в Управление охраны здоровья детей и подростков НКЗдрава (Москва, ул. Куйбышева № 10).

---

[1] Для официальных статистических целей остается пока в силе „Классификация и номенклатура причин смерти", утвержденная Госпланом.

ПРОЕКТ
единой классификации и номенклатуры болезней у детей и подростков

А. Основная группировка болезней

Отдел I

Болезни и состояния, связанные с процессом воспроизведения.

Группа 1 — к детям не относится.

Гр. 2 — *Болезни новорожденных и врожденные пороки развития.*

1. Недоношенность.
2. Травматические повреждения во время родового акта.
3. Особые состояния новорожденных.
4. Заболевания пупка.
5. Врожденные пороки развития.
6. Уродства:
   а) уродства дыхательных путей;
   б) уродства желудочно-кишечного тракта;
   в) уродства мочеполовых путей;
   г) уродства нервной системы;
   д) уродства позвоночника;
   е) неправильности развития и уродства конечностей;
   ж) врожденная гемиатрофия;
   з) уродства от сдавления во время внутриутробной жизни;
7. Другие заболевания новорожденных.

Отдел II

Болезни с установленной внешней этиологией.

Гр 3. *Инфекционные и паразитарные болезни*

А) Острые

8. Брюшной тиф.
9. Паратиф.
10. Сыпной тиф.
11. Возвратный тиф.
12 Бруцеллоз.
13. Оспа.
14. Корь.
15. Скарлатина.
16. Коклюш.
17. Дифтерия.
18. Грипп.
19. Холера.
20. Дизентерия:
   а) амебная,
   б) бациллярная,
   в) формы неизвестной этиологии.
21. Чума.
22. Рожа.
23. Септические и пиэмические заболевания:
   а) местные,
   б) общие.
24. Острый инфекционный остеомиэмит.
25. Крупозная пневмония.
26. Болезнь Гейне-Медина.
27. Летаргический энцефалит.
28. Менингококцемия.

29. Сибирская язва.
30. Бешенство.
31. Столбняк.
32. Сап.
33. Краснуха коревая.
34. Краснуха скарлатинозная.
35. Пятая болезнь.
36. Шестая болезнь.
37. Ветряная оспа.
38. Паротит эпидемический.
39. Прочие острые инфекционные болезни.
40. Сывороточная болезнь.
41. Вакцинация:
   а) против оспы,
   б) против др. болезней.

Б. Хронические инфекционные и паразитарные болезни.

42. Ревматизм:
   а) полиартрит,
   б) кардит,
   в) хорея,
   г) комбинированные формы,
   д) другие локализации ревматизма.
43. Проказа.
44. Туберкулез:
   1) хроническая туб-ная интоксикация,
   2) туберкулезный бронхоаденит,
   3) туберкулез легких,
   4) туберкулез серозных оболочек,
   5) туберкулез костей и суставов,
   6) туберкулез других органов,
   7) подострый и хронический генерализованый туберкулез,
   8) острый милиарный туберкулез.
45. Сифилис врожденный:
   а) вторичная форма,
   б) третичная форма,
   в) спинная сухотка и прогрессивный паралич.
46. Сифилис приобретенный:
   а) первичный,
   б) вторичный,
   в) третичный,
   г) спинная сухотка и прогрессивный паралич.
47. Сифилис без других указаний.
48. Гоноррея:
   а) половых органов,
   б) глаза,
   в) суставов,
   г) других органов.
49. Мягкий шанкр.
50. Трахома.
51. Малярия:
   а) трехдневная,
   б) четырехдневная,
   в) тропическая,
   г) смешанные и неопределенные формы.
52. Другие протозойные заболевания:
   а) лейшманиоз,
   б) паппатачи,
   в) проч. протозойные заболевания,
53. Глистные болезни:
   а) трихиноз,
   б) ленточные глисты,
   в) круглые глисты,
   г) пузырчатые глисты,
   д) прочие формы глистов и глистная болезнь без указаний вида.
54. Чесотка.
55. Микозы:
   а) трихофития,
   б) парша,
   в) актиномикоз,
   г) молочница,
   д) другие микозы.
56. Другие паразитарные болезни:
   а) ящур,
   б) проч. паразитарные болезни.

Гр. 4. *Умышленные травмы.*

57. Детоубийство.
58. Ранение огнестрельным оружием.
59. Ранение холодным оружием.
60. Убийство путем задушения.
61. Умышленное отравление.
62. Ранение или убийство гражданского населения воюющими армиями.
63. Проч. умышленные травмы.
64. Самоубийство путем асфиксии:
   а) удушение,
   б) утопление.
65. Самоубийство огнестрельным оружием.
66. Самоубийство холодным оружием.
67. Самоубийство отравляющими и едкими веществами.
68. Самоубийство прочими способами:
   а) падение с высоты,
   б) раздавливание,
   в) прочие.

69. Насильственная смерть неустановленного характера (убийство, самоубийство).

Гр. 5. *Промышленные травмы*

70. Механические травмы:
    а) инородное тело в глазу,
    б) прочие механические травмы.
71. Асфиксия:
    а) утопление,
    б) прочие формы.
72. Отравление:
    а) хроническое отравление неорганическими веществами,
    б) хроническое отравление органическими веществами,
    в) острое отравление неорганическими и органич. веществами.
73. Ожоги и прочие повреждения вследствие высокой температуры, лучистой энергии и химическими веществами.
74. Отморожение и прочие повреждения вследствие низкой температуры.
75. Повреждения электрическим током.
76. Другие промышленные травмы:
    а) вследствие повышенного или пониженного атмосферного давления,
    б) проч. и без указаний.

Гр. 6. *Травмы непромышленные, — случайные п неустановленного характера.*

77. Травмы, вызванные средствами транспорта:
    а) железные дороги и трамвай.
    б) автотранспорт, мотоцикл,
    в) проч. сухопутный транспорт,
    г) водный транспорт,
    д) воздушный транспорт.
78. Механические травмы (кроме вызванных транспортом)
    а) инородные тела в органах и полостях тела,
    б) проч. механические травмы (в том числе переломы и вывихи).
79. Асфиксия:
    а) утопление,
    б) прочие формы.
80. Пищевые отравления.
81. Прочие случаи отравлений.
82. Ожоги и прочие повреждения вследствие высокой температуры, лучистой энергии и химическими веществами.
83. Отморожение и прочие повреждения вследствие низкой температуры.
84. Повреждения электрическим током.
85. Травмы при пожарах (все виды).
86. Повреждения, причиненные животными.
87. Укусы ядовитых животных.
88. Поражение молнией.
89. Травмы и прочие последствия стихийных катастроф: наводнение, землетрясение и пр.
90. Другие повреждения:
    а) следствия повышенного или пониженного атмосферного давления,
    б) проч. и без указаний.

Гр. 7. *Алкоголизм и другие наркомании*

91. Острое отравление алкоголем и его суррогатами.
92. Хронический алкоголизм и др. наркомании.

Гр. 8. *Болезни от неполноценного питания*

93. Авитаминоз С (цинга, скорбут)
    а) цынга детская (болезнь Барлова),
    б) другие формы авитанимоза С.
94. Авитаминоз B_1 (Бери-Бери).
95. Авитаминоз B_2.
96. Пеллагра.
97. Авитаминоз А.
98. Другие болезни от неполноценного питания.

Отдел III

Болезни, этиология которых недостаточно установлена.

Гр. 9. *Новообразования.*

99. Рак.
100. Саркома.
101. Другие злокачественные новообразования.
102. Доброкачественные новообразования.
103. Новообразования без указаний на злокачественный или доброкачественный характер.

Гр. 10. *Болезни обмена веществ*

104. Подагра.
105. Диабет сахарный.
106. Рахит I, II, III.
107. Другие болезни обмена.

Гр. 11. *Болезни желез внутренней секреции.*

108. Болезни щитовидной железы:
а) базедова болезнь (гипертиреоз).
б) гипотиреоз,
в) зоб, кретинизм,
г) другие формы заболеваний щитовидной железы.
109. Болезни паращитовидных желез.
110. Болезни вилочковой железы.
111. Болезни надпочечников.
112. Болезни мозгового придатка.
113. Болезни (расстройство внутренней секреции) половых желез.
114. Множественные (комбинированные) поражения желез внутренней секреции.
115. Прочие болезни эндокринной системы.

Гр. 12. *Болезни крови и кроветворной системы*

116. Кровоточивые болезни:
а) гемофилия,
б) тромбопеническая пурпура,
в) атромбопеническая пурпура,
г) прочие кровоточивые болезни
117. Анемия:
а) злокачественная анемия,
б) хлороз,
в) другие виды анемии (неопределенной этиологии).
118. Лейкемия и алейкемия.
119. Болезни селезенки.
120. Проч. болезни крови и кроветворных органов.

Гр. 13. *Болезни нервной системы и органов чувств.*

121. Острые и подострые болезни нервной системы воспалительного характера (незвестной этиологии):
а) энцефалит,
б) миэлит,
в) менингит,
г) гидроцефалия,
д) воспаления периферической нервной системы,
е) гнойные процессы нервной системы.
122. Хронические заболевания нервной системы.
123. Расстройства циркуляции в мозгу.
124. Судорожные болезни.
125. Рано приобретенные и наследственно-семейные заболевания:
а) дисплазия с бластоматозными изменениями,
а) наследственно-семейные заболевания.
126. Функциональные расстройства нервной системы.
127. Прочие болезни нервной системы.
128. Психозы:
а) эндогенные психозы неизвестного происхождения,
б) шизофрения,
в) маникально - депрессивный психоз,
г) олигофрения,
д) инфантилизм психический,
е) психопатия и невропатия,
ж) реактивные изменения психики.
129. Болезни органов зрения:
а) заболевания век,
б) заболевания слезных органов,
в) заболевания конъюнктивы,
г) „ роговицы,
д) „ склеры,
е) „ хрусталика,
ж) „ сетчатки и зрительного нерва.
з) аномалии аккомодации,
и) заболевание двигательного аппарата глаза,
к) заболевания глазницы,
л) прочие заболевания органов зрения.
130. Болезни органов слуха и их последствия.

Гр. 14. *Болезни органов кровообращения и лимфатич. системы.*

131. Перикардит (неизвестной этиологии.)
132. Эндокардит (неизвестной этиологии).
133. Пороки клапанов сердца.
134. Миокардиопатия (неизвестной этиологии).

135. Другие болезни сердца (неизвестной этиологии)
а) функциональные расстройства сердечной деятельности.
б) прочие болезни сердца.
136. Болезни артерий.
137. Болезни вен.
138. Прочие болезни органов кровообращения.
139. Болезни лимфатической системы
а) лимфогрануломатоз,
б) лимфаденит,
в) прочие болезни лимфатической системы.

Гр. 15. *Болезни органов дыхания.*

140. Болезни носовой полости, носоглотки и придаточных полостей.
141. Болезни гортани.
142. Бронхит.
143. Бронхопневмония.
144. Плеврит.
145. Бронхиальная астма.
146. Бронхоэктазия.
147. Прочие болезни дыхательных органов.

Гр. 17. *Болезни зева, миндалин и пищеварительных органов.*

148. Болезни полости рта.
149. Болезни зева и миндалин.
150. Болезни пищевода.
151. Болезни желудочно-кишечного тракта:
а) диспепсия острая,
б) диспепсия хроническая,
в) пилороспазм,
г) кардиоспазм,
д) ахилия,
е) прочие.
152. Аппендицит. Тифлит.
153. Грыжа.
154. Непроходимость кишек.
155. Другие болезни кишек:
а) выпадение прямой кишки,
б) трещины заднего прохода,
в) прочие заболевания кишек.
156. Болезни печени.
157. Желчные камни.
158. Другие болезни желчного пузыря и желчных путей.
159. Болезни поджелудочной железы.
160. Перитонит (неизвестной этиологии).
161. Другие болезни органов пищеварения.

Гр. 17. *Болезни мочевых органов*

162. Острая нефропатия.
163. Хроническая нефропатия.
164. Нефропатия без указаний.
165. Альбуминурии.
166. Пиэлит.
167. Камни почек.
168. Другие болезни почек и мочевых лоханок.
169. Болезни мочевого пузыря.
170. Болезни мочеиспускательного канала.
171. Болезни мужских половых органов (не венерического происхождения):
а) фимоз,
б) парафимоз,
в) гидропеле,
г) другие заболерания.
172. Болезни женских половых органов (не венерического происхождения):
а) яичников, труб, параметрия.
б) матки,
в) наружных половых органов.

Гр. 18. *Болезни органов движения.*

173. Болезни костей:
а) воспалительные,
б) невоспалительные.
174. Болезни суставов (неопредел. этиологии):
а) острые артропатии,
б) хронические артропатии.
175. Болезни мышц и сухожилий.

Гр. 19. *Болезни кожного покрова.*

176. Болезни кожи:
1) аллергические заболевания:
а) крапивница,
б) почесуха,
в) экзема,
г) прочие.
2) Атрофические и гипертрофические изменения кожи:
а) склеродермия,
б) прочие.
3) Пигментные аномалии:
а) лейкодермия,
б) прочие.
4) Кератозы:
а) ихтиоз,
б) прочие.

5) Воспалительные чешуйчатые заболевания:
   а) псориаз,
   б) прочие.
6) Дерматозы с образованием пузырей:
   а) зона (опоясывающий лишай),
   б) прочие.
7) Дерматозы, связанные с ненормальной деятельностью кожных желез:
   а) угревая сыпь,
   б) милиария,
   в) прочие.
8) Болезни волос и ногтей:
   а) болезни волос,
   б) болезни ногтей.
9) Прочие кожные болезни.

Отдел IV.

Гр. 20. *Недостаточно определенные болезни и причины смерти.*

177. Внезапная смерть (без других указаний).
178. Прочие неточные и неустановленные диагнозы.

Б. Развитие рубрик основной группировки.

Отдел I.

Болезни и состояния, связанные с процессом воспроизведения.

Гр. 1 — не относится к детскому возрасту.

Гр. 2. *Болезни новорожденных и врожденные пороки развития.*

1. Недоношенность.
2. Травматические повреждения вовремя родового акта.
   Сюда включается:
   Кефалэматома,
   Повреждения мягких частей,
   Кровоизлияние в мозг и в другие органы,
   Парезы периферических нервов,
   Переломы костей,
   Олеогранулема травматическая,
   Родовые параличи.
3. Особые состояния новорожденных.
   Сюда включается:
   Асфиксия,
   Желтуха,
   Эритема токсическая,
   Склерома,
   Лихорадка преходящая,
   Инфильтрация грудных желез,
   Менструация преждевременная,
   Прочие.
4. Заболевания пупка.
   Сюда включается:
   Пупочное кровотечение,
   Омфалит,
   Гангрена пупка,
   Грибок пупочный,
   Прочие.
5. Врожденные пороки развития.
   Сюда включается:
   Пороки сердца врожденные,
   Извращенное положение внутренностей,
   Болезнь Гиршпрунга,
   Пилоростеноз,
   Стридор врожденный,
   Семейная гемолитическая желтуха,
   Прочие.
6. Уродства:
   а) Уродства дыхательных путей,
   б) Уродства желудочно-кишечного тракта:
   Сюда включаются:
   Заячья губа,
   Волчья пасть,
   Трахео-эзофагофистула,
   Дивертикулы пищевода,
   Атрезия и др. уродства тонких кишек,
   Дивертикулы кишечника,
   Атрезия желчных ходов,
   Клоака,
   Атрезия заднего прохода,
   Грыжа пупочного канатика,
   Эктопия брюшной стенки,
   Грыжа диафрагмальная.
   в) Уродства мочеполовых органов.
   Сюда включаются:
   Эктопия мочевого пузыря,
   Гермафродитизм ложный,
   Гермафродитизм истинный,
   Крипторхизм,
   Гипоспадия,
   Эписпадия,
   Недоразвитие наружных половых органов.

г) Уродства центральной нервной системы.

1. Уродства центральной нервной системы, связанные с образованием ненормальных щелей в костях черепа, позвонках и оболочках:
Краниорахис,
Рахисхизис,
Мозговые грыжи,
Spina bifida occulta.

2. Уродства мозга.
Сюда включаются:
Циклопия, агирия, микрогирия, мегалэнцефалия, микроэнцефалия, парэнцефалия, лобарный склероз.
д) Уродства позвоночника.
Spina bifida.
е) Неправильное развитие и уродства конечностей.
Сюда включаются:
Косолапость,
Полидактилия,
Синдактилия,
Врожденные вывихи,
Врожденные ампутации и переломы,
Прочие.
ж) Гемиатрофия врожденная.
з) Уродства от сдавления во время внутриутробной жизни.

7. Другие заболевания новорожденных и врожденные пороки развития.
Сюда включаются:
Болезнь Винкеля и Буля,
Флегмона новорожденных,
Пемфигус новорожденных.
Врожденные аномалии органов зрения (век, слезных органов, роговицы, стекловидного тела, сетчатки и зрительного нерва, двигательного аппарата глаза).
Прочие врожденные аномалии.

Отдел II.

Болезни с установленной внешней этиологией.

А) Острые.

Гр. 3. *Инфекционные и паразитарные болезни.*

8. Тиф брюшной.
Сюда включаются также все осложнения после тифа, включая психические.

9. Паратиф.
Сюда включаются: Паратиф А, паратиф Б, другие паратифозные заболевания, все осложнения, включая психические.

10. Тиф сыпной.
Сюда включаются также все осложнения: полиневрит, энцефалит, заболевания уха и гортани и т. д.

11. Возвратный тиф.

12. Бруцеллоз.
Сюда включаются:
Гибралтарская лихорадка,
Мальтийский тиф,
Болезнь Банга,

13. Оспа натуральная.
Сюда включаются:
Вариолоид,
Белая оспа (аластрим),
Все осложнения после оспы.

14. Корь.
Сюда же включаются все осложнения после кори, как послекоревой ларингит, ложный круп, пневмония послекоревая, энцефалит и др.

15. Скарлатина.
Сюда включаются:
Скарлатина экстрабуккальная,
Скарлатина хирургическая,
Скарлатина пуэрперальная, а также все скарлатинозные осложнения.
Сюда не включается скарлатинозная краснуха (34).

16. Коклюш.
Сюда же включаются все осложнения после коклюша.

17. Дифтерия.
Сюда включаются: круп дифтерийный истинный, дифтерия зева, носа, глаз, половых органов, уха, ран а также все осложнения после дифтерии.
Не включается ложный круп (141).

18. Грипп (инфлуэнца).
Сюда же включаются:
Испанская болезнь (пандемический грипп).
Эпидемический грипп.
Все осложнения после гриппа.

19. Холера.
Сюда не включаются детская холера, холерина.

20. Дизентерия:
а) амебная,
б) бациллярная,

в) формы неопределенной этиологии.
Сюда включается:
Тропическая дизентерия.
Хроническая дизентерия.

21. Чума.
Сюда включаются:
а) Бубонная чума,
б) Легочная чума,
в) Септическая чума,
г) Без указаний.

22. Рожа.
Сюда же включаются:
Эризипилоид и все осложнения после рожи.

23. Септические и пиэмические заболевания:
а) местные.
Сюда включаются:
Пиодермия,
Карбункул,
Фурункулез.
Флегмона,
Абсцесс кожных покровов,
Панариций,
Водяной рак (нома),
Прочие.
б) Общие.
Сюда включаются:
Сепсис, септицемия,
Септический эндокардит, перикардит,
Хронический сепсис,
Бактериэмия,
Пиэмия,
Множественные абсцессы,
Прочие.

24. Острый инфекционный остеомиэлит.
Сюда же включаются:
Остеопериостит,
Эпифизарный остеомиэлит,
Не включается — миэлома (99).

25. Крупозная пневмония.
Синонимы:
Пневмония лобарная,
Пневмония фибринозная.
Сюда не включаются:
Бронхопневмония (143),
Пневмония без указаний (147).

26. Болезнь Гейне-Медина.
Синоним:
Острый передний полиомиэлит и полиоэнцефалит (эпидемический).

27. Летаргический энцефалит.
Синонимы:
Сонная болезнь,
Болезнь Экономо.

28. Менингококцемия.
Сюда включается:
Эпидемический цереброспинальный менингит,
Менингококковый сепсис и различные осложнения.

29. Сибирская язва.
Синонимы:
Злокачественный карбункул,
Antrax.

30. Бешенство.
Синонимы:
Водобоязнь, Lyssa, Rabies.

31. Столбняк,
Сюда включаются:
Травматический столбняк,
Столбняк новорожденных.

32. Сап.

33. Коревая краснуха.

34. Скарлатинозная краснуха.
Синонимы:
Четвертая болезнь,
Болезнь Филатова-Дюкса.

35. Пятая болезнь.
Синоним:
Erythema infectiosum.

36. Шестая болезнь.
Синоним:
Erythema subitum.

37. Ветряная оспа.

38. Паротит эпидемический (свинка).
Сюда включаются также все осложнения после свинки.

39. Прочие острые инфекционные заболевания.
Сюда включаются:
Тиф неопределенный,
Тиф без указаний,
Желтая лихорадка,
Туляремия.
Ангина Винцента.
Риносклерома.
Узловатая эритема,
Множественная эксудативная эритема,
Другие кожные инфекционные болезни с неопределенным возбудителем (акродиния или болезнь Феера и др.).

40. Сывороточная болезнь.

41. Вакцинация:
а) против оспы.
Сюда включаются вакцинальные сыпи и все осложнения, как энцефалит и др.
б) против других заболеваний.
Сюда включаются реакции и все осложнения, связанные с этим методом.

Б) Хронические.

42. Ревматизм (болезнь Буйо).
а) Полиартрит.
Сюда включается:
Острый ревматический полиартрит,
Подострый ревматический полиартрит.
Сюда не включается:
Острый и подострый полиартрит другой этиологии,
Хронические артриты и артропатии.
б) Хорея.
Синоним:
Хорея Сиденгама.
Сюда не включаются хореические движения вследствие органических нервных болезней.
в) Кардит.
Сюда включается:
Ревматический миокардит,
" эндокардит,
" перикардит,
" панкардит,
Приобретенные пороки клапанов сердца.
Сюда не включается:
Язвенный септический эндокардит,
Дифтерийная миодегенерация.
Другие поражения сердца с установленной неревматической этиологией,
Врожденные пороки сердца (п. 17).
г) Комбинированные формы.
Сюда включается:
Полиартрит + кардит,
Кардит + хорея,
Хорея + полиартрит и т. п.
д) Другие локализации:
Сюда включается:
Ревматический плеврит (полисерозит),
Кольцевидная эритема Лейнера (Erythema annulare),
Ревматические узелки (Noduli rheumatici).
Сюда не включаются:
Узловатая эритема (39),
„Ревматическая пурпура" (116).

43. Проказа.
Сюда же включаются:
Elephanthiasis graecorum.
Сюда не включается:
Elephanthiasis arabum (53).
Eleph. Congenita cystica и без указаний (120).

44. Туберкулез.
1) Хроническая туберкулезная интоксикация.
Сюда включаются:
а) Tbc I[2] у детей школьного и дошкольного возраста.
б) Tbc et all., TbcI[1] TbcI[2] у детей раннего возраста туберкулезный бронхоаденит.
Сюда включаются:
Бронхоаденит опухолевидный
Бронхоаденит (медиастинит) инфильтративный.
3) Туберкулез легких.
Сюда включаются:
а) деструктивный туберкулез легких,
б) диссеминированный туберкулез легких,
в) инфильтративный туберкулез легких,
г) фиброзный туберкулез легких.
4) Туберкулез серозных оболочек.
Сюда включается:
Туберкулезный плеврит,
" перитонит.
" перикардит,
" полисерозит.
5) Туберкулез костей и суставов.
Сюда включаются:
Туберкулез позвоночника,
Туберкулез других костей и суставов (коксит, гонит и т. д.).
6) Туберкулез других органов.
а) Туберкулез кожи.
Сюда включаются:
Скрофулодерма (gumma scrophulosorum),
Lichen scrophulosorum,
Туберкулиды бородавчатые,
" милиарные,
" папуло-некротические (Folliclis).
Волчанка,
Другие формы (в том числе,
Аннулярная гранулема,
Саркоид Бека,
Индуративная эритема Базена и т. д.).
б) Туберкулез лимфатических желез наружных.
в) Туберкулез мезентериальных желез.
г) Туберкулез глаза и его придатков.
д) Туберкулез гортани.
е) Туберкулез прочих органов.

Сюда включаются:
Солитарные туберкулы мозга,
Туберкулез уха, носа, мочеполового аппарата и др.
Сюда не включается:
Туберкулезный менингит.
7) Хронический и подострый генерализованный туберкулез (множественная локализация).
8) Острый милиарн. туберкулез:
Сюда включается:
Милиарный туберкулез легких,
Туберкулезный менингит,
Общий острый милиарный туберкулез.
. Сифилис врожденный.
а) Вторичная форма.
Сюда включаются также Pemphigus syphiliticus.
б) Третичная форма.
в) Сухотка спинного мозга и прогрессивный паралич (на почве врожденного сифилиса)
46. Сифилис приобретенный.
а) Первичный.
б) Вторичный.
в) Третичный.
Сюда включается:
Гуммы разных органов — носа, гортани, внутреннего уха, и др.
Сифилис нервной системы, психические поражения (дементные формы), психопатическая, неврастеническая, эпилептическая форма.
Сифилитические параноиды и галлюцинозы.
д) Сухотка спинного мозга и прогрессивный паралич.
47. Сифилис без других указаний.
Сюда включаются все сифилитические заболевания, без уточнения формы проявления.
48. Гонорея.
а) половых органов.
Сюда включаются:
Уретрит и вульвовагинит гонорройный.
Balanopostitis gonarrhoica.
Сюда не включаются: уретрит, вульвит, вульвовагинит другой этиологии.
б) глаза.
Сюда включаются:
Бленоррея,
Гонорройный панофтальматит:
в) суставов (гонорройный артрит).
г) гонорея других органов.
Сюда включаются: гонорройный эндокардит, гонорройный перитонит, гонорройные поражения прочих органов.
49. Мягкий шанкр.
50. Трахома.
Сюда включаются:
Трахома I, II, III, IV стадий.
51. Малярия.
а) трехдневная,
б) четырехдневная,
в) тропическая,
г) смешанные и неопределенные формы.
Сюда включаются:
Малярийная кахексия,
Малярийный энцефалит,
Прочие проявления и осложнения малярии.
52. Другие протозойные заболевания.
а) Лейшманиоз.
Сюда включаются:
Детский лейшманиоз,
Kala azar,
Пендинская или восточная язва.
б) Паппатачи
в) Прочие протозойные заболевания.
Сюда включаются:
Трипанозомия (сонная болезнь),
Ламблиоз и др.
53. Глистные заболевания.
а) Трихиноз.
б) Ленточные глисты с указанием формы.
Сюда включается:
Солитер, вооруженный цепень, (Taenia solium)
Невооруженный (говяжий) цепень (Taenia saginata s. mediocanellata),
Лентец широкий (Taenia lata)
Лентец карликовый (Taenia nana),
Другие ленточные глисты.
в) Круглые глисты.
Сюда включаются:
1) Аскариды,
2) Острицы,
3) Другие круглые глисты.
(Dystomiasis pulm., hepatis и др.).
г) Анкилостомиаз,
Филариоз.
д) Прочие формы глистов и глистная болезнь без уточнения вида.
Сюда включаются:
Струнцы-Мединский червь,
Власоглав и пр.

е) Пузырчатые глисты внутренних органов (с указанием локализации).
Сюда включаются:
Цистицерк,
Эхинококк.
54. Чесотка.
55. Микозы.
а) Трихофития.
Сюда же включаются:
Сикоз паразитарный.
Сюда не включается:
Сикоз без указаний (176/9).
б) Парша.
в) Актиномикоз (с указанием пораженного органа).
г) Молочница.
д) Другие микозы.
Сюда включаются:
Отрубевидный лишай,
Микроспория,
Бластомикозы,
Споротрихоз.
Сюда не включается:
Риносклерома (39)
56. Другие паразитарные болезни.
а) Ящур.
Сюда не включается:
Беднаровские афты и афты без других указаний.
б) Прочие паразитарные болезни.

Гр. 4. *Умышленные травмы.*

57. Детоубийство.
Сюда включаются:
Все случаи убийства детей меньше года.
58. Ранение огнестрельным оружием.
59. Ранение холодным оружием.
60. Убийство путем задушения.
Сюда не включается:
Удушение газами и др. отравляющими веществами.
61. Умышленные отравления.
Сюда включаются:
Все случаи умышленного отравления ядовитыми веществами—твердыми, жидкими и газообразными, введенными внутрь, под кожу и т. д.
62. Ранение гражданского населения воюющими армиями.
63. Прочие умышленные травмы.
64. Самоубийство путем асфиксии.
а) удушение,
б) утопление.
65. Самоубийство огнестрельным оружием.
66. Самоубийство холодным оружием.
67. Самоубийство отравляющими и едкими веществами.
Сюда не включаются:
отравление алкоголем и наркомания (91 и 92).
68. Самоубийство прочими способами.
а) падение с высоты,
б) раздавливание,
в) прочие.
69. Насильственная смерть неустановленного характера, (убийство, самоубийство).

Гр. 5. *Промышленные травмы.*

В группу 5 включаются все случаи повреждений, полученных во время выполнения профессиональных занятий или вообще в условиях производства и не носящие умышленного характера (в отношении подростков).
70. Механические травмы.
а) Инородные тела в глазу,
б) Прочие механические травмы.
71. Асфиксия.
а) утопление,
б) прочие формы.
72. Отравления.
а) хроническое отравление неорганическими веществами,
б) хроническое отравление органическими веществами.
в) острое отравление неорганическими и органическими веществами.
73. Ожоги и прочие повреждения, вследствие высокой температуры, лучистой энергии и химическими веществами.
Сюда включаются:
горючими жидкостями, пламенем керосина, пламенем бензина, солнечный, лучами Рентгена, кварцевой лампой (ультрафиолетовыми лучами), лучами радия, удар тепловой.
Сюда не включается:
Ожог от электрического тока (75).
74. Отморожение и прочие повреждения вследствие низкой температуры.
75. Повреждения электрическим током.

76. Другие промышленные травмы.
а) вследствие повышенного и пониженного атмосферного давления,
б) прочие и без других указаний.

Гр. 6. *Травмы не промышленные, случайные и неустановленного характера.*

77. Травмы, вызванные средствами транспорта:
а) железные дороги и трамвай,
б) автотранспорт, мотоциклы,
в) прочий сухопутный транспорт,
г) водный транспорт,
д) воздушный транспорт.
78. Механические травмы (кроме вызванных транспортом):
а) инородные тела в органах и полостях тела (с указанием органа),
б) прочие механические травмы.
79. Асфиксия.
а) утопление,
б) прочие формы.
Сюда включаются удушения в толпе.
Не включается утопление при наводнениях (89).
80. Пищевые отравления.
Сюда включается отравление грибами, колбасным ядом (ботулизм), мясом, птомаинами, рыбой и проч.
Сюда не включается аутоинтоксикация (107).
81. Прочие случаи отравлений.
82. Ожоги и прочие повреждения вследствие высокой температуры, лучистой энергии и химическими веществами.
83. Отморожение и прочие повреждения вследствие низкой температуры.
84. Повреждения электрическим током.
85. Травмы при пожарах (все виды).
86. Повреждения, причиненные животными.
Сюда включаются:
Удары копытом, удары рогами.
Укушения и проч. механические повреждения.
Сюда не включается:
Укушения бешеными животными (30),
Укусы ядовитых змей (87),
Укусы насекомых (87).
87. Укусы ядовитых животных.
88. Поражение молнией.
89. Травмы и пр. последствия стихийных катастроф: наводнения, землетрясения и т. п.
90. Другие повреждения:
а) действие повышенного или пониженного атмосферного давления,
б) прочие и без указаний.

Гр. 7. *Алкоголизм и другие наркомании*

91. Острое отравление алкоголем и его суррогатами.
92. Хронический алкоголизм и другие наркомании.

Гр. 8. *Болезни от неполноценного питания.*

93. Авитаминоз С (цынга. скорбут)
а) цынга детская (болезнь Барлова).
б) Другие формы авитаминоза С.
94. Авитаминоз В (Бери-Бери).
95. Авитаминоз B_2.
Сюда включается
Анемия пернициозоподобная.
96. Пеллагра.
97. Авитаминоз А.
Сюда включаются:
Гемералопия (куриная слепота).
Ксерофталмия.
Прочие проявления.
98. Другие болезни от неполноценного питания.
Сюда включаются:
Голодные отеки,
Истощение,
Алиментарные дистрофии раннего возраста.
Сюда не включается
Рахит (106).

Отдел III.

Болезни, внешняя этиология которых недостаточно установлена.

Гр. 9. *Новообразования*

99. Рак (с указанием локализации)
Сюда включаются:
Аденокарцинома,
Аденома злокачественная,

Бронхиома,
Канкроид,
Карцинома,
Кожный рак,
Меланома,
Меланокарцинома,
Миэлома,
Скирр,
Слизистый рак,
Хорионэпителиома,
Эпителиома,
Псаммокарцинома.
Сюда не включаются:
Злокачественная гранулема (болезнь Гочкина 139).
Водяной рак (нома 23).

100. Саркома (с указанием локализации).
Сюда включаются:
Микосаркома,
Меланосаркома,
Хондросаркома,
Миома саркоматозная,
Миосаркома,
Псаммосаркома.

101. Другие злокачественные новообразования.
Сюда включаются:
Карциносаркома,
Хлорома,
Гипернефрома,
Глиома,
Лимфосаркоматоз (Кундрата)

102. Доброкачественные новообразования.
Сюда включаются:
Аденома,
Аденомиома,
Ангиома,
Атерома,
Лермоид,
Дермоидная киста,
Жировик.
Киста,
Кистаденома,
Кистома,
Липома,
Лимфангиома
Лимфома,
Лимфаденома,
Миксома,
Миома,
Неврома.
Неврофиброма,
Остеома,
Папиллома,
Полип,
Псаммома,
Рабдомиома,
Хондрома,
Фиброид,
Фиброма,
Фибраденома,
Фибромиома,
Энхондрома,
Экзостозы,
Ксантома,
Тератома,
Эмбриома,
Сюда не включаются:
Воспалительные опухоли (гранулемы),

103. Новообразования без указаний на доброкачественный или злокачественный характер.

Гр. 10. *Болезни обмена веществ.*

104. Подагра.

105. Диабет сахарный.
Сюда включаются:
Диабет без обозначений,
Сахарная болезнь и ее осложнения (диабетический полиневрит и др.).
Сюда не включается:
Несахарное мочеизнурение (107).

106. Рахит I, II, III.
Сюда включаются все последствия рахита (деформация черепа, грудной клетки, конечностей и др.)
Детская селезеночная анемия (болезнь Якш — Гайема).

107. Другие болезни обмена.
Сюда включаются:
Аутоинтоксикация.
Несахарное мочеизнурение,
Общее ожирение неизвестной этиологии,
Эксудативный диатез,
Лимфатический диатез,
status thymico-limphaticus.
Расстройства роста:
а) Нанизм без ясной этиологии
б) Частичный гигантизм,
в) Хондродистрофия,
г) Osteogenesis imperfecta.

Гр. 11 *Болезни эндокринной системы.*

108. Болезни щитовидной железы.
а) Базедова болезнь — гипертиреоз,
б) Гипотиреоз (микседема),
в) Зоб, кретинизм,

г) Другие формы.
Сюда включаются:
Воспаление щитовидной железы
Дистиреоз.
109. Болезни паращитовидных желез
110. Болезни вилочковой железы,
111. Болезни надпочечника.
Сюда включаются:
Адиссонова болезнь,
Интерренализм (гирсутизм)
112. Болезни мозгового придатка.
Сюда включаются:
Гигантизм гипофизарный.
Нанизм.
Акромегалия.
113. Эндокринные расстройства половых желез.
Сюда включаются:
Гипогенитализм
Гипергенитализм.
(Pubertas praecox)
Гигантизм евнухоидный,
Dystrophia adiposogenitalis
114. Множественные заболевания желез внутренней секреции.
Сюда включаются:
Монголизм,
Болезнь Бэка.
115. Прочие болезни эндокринной системы.

Гр. 12 *Болезни крови и кроветворной системы.*

116. Кровоточивые болезни.
а) гемофилия,
б) тромбопеническая пурпура.
Сюда включаются:
Верльгофова болезнь.
Purpura simplex, haemorrhagica,
в) Артромбопеническая пурпура.
Сюда включается:
Erythema infeciosum haemorrhagicum.
Абдоминальная пурпура (Геноха),
Анафилактоидная пурпура Глянцмана.
г) Другие кровоточивые болезни.
Сюда не включаются:
Скорбут и болезнь Барлова (93)
Кровоточивые болезни на почве тяжелых детских заболеваний.
117. Анемия.
а) Злокачественная анемия,
Синоним:
Пернициозная анемия.
б) Хлороз,
в) Другие виды анемий неопределенной этиологии.
Сюда включаются:
Апластическая анемия (Алейкия Франка),
Прочие.
Сюда не включаются:
Анемия вторичного происхождения (относится к соответствующей причинной болезни).
Детская селезеночная анемия (болезнь Якш-Гайема—106).
118. Лейкемия и алейкемия.
Сюда включаются:
Миэлозы,
Лейкозы.
Сюда не включается:
Злокачественная гранулема (болезнь Гочкина (139), Миелома (99).
119. Болезни селезенки.
Сюда включаются:
Болезнь Банти,
Абсцесс селезенки,
Гипертрофия селезенки
Гемолитическая желтуха (приобретенная),
Спленомегалия (опухание селезенки без указания этиологии)
Сюда не включается:
Семейная гемолитическая желтуха (5).
120. Прочие болезни крови и кроветворных органов.
Сюда включаются:
Polycythaemia rubra megalospenica (Vapuez) Polycythaemia rubra hypertonica (geisböck)
Эритремия,
Плетора.

Гр. 13 *Болезни нервной системы.*

121. Острые и подострые болезни нервной системы воспалительного характера неизвестной этиологии.
а) Энцефалиты.
Сюда включаются:
Энцефалит геморрагический,
Острый верхний полиоэнцефалит
Острый нижний полиоэнцефалит.
Острая атаксия.
Энцефаломиэлит.
б) Миэлит.
Сюда не включаются:
Летаргический энцефалит (27),

все энцефалиты и энцефаломиэлиты после определенных инфекционных болезней, а также болезнь Гейне-Медина (полиомиэлит (26).

в) Менингит.

Сюда включаются:

Менингит серозный без ясной этиологии,

Пахи- и лептоменингиты.

Сюда не включаются:

Менингит эпидемический цереброспинальный (28) и туберкулезный (44).

г) Гидроцефалия.

д) Воспаления периферической нервной системы.

Радикулиты, плекситы, поли- и мононевриты.

Сюда включается:

Ишиас.

Сюда не включается:

Полиневрит дифтерийный, брюшно- и сыпнотифозный.

е) Гнойные воспаления нервной системы.

Сюда включаются:

Абсцесс мозга (без ясной этиологии).

Гнойные менингиты (без ясной этиологии).

Сюда не включаются все заболевания с ясной этиологией (см. соотв. разделы).

122. Хронические заболевания нервной системы.

Сюда включаются:

Множественный рассеянный склероз головного и спинного мозга,

Амиотрофический боковой склероз,

Хронический полиомиэлит,

123. Расстройства циркуляции в мозгу.

Сюда включаются:

Эмболия мозговых сосудов,

Гематомиэлия.

Тромбоз венозных синусов.

124. Судорожные болезни.

Сюда включаются:

Эпилепсия генуинная,

Пикнолепсия,

Спазмофилия,

Тетания,

Нарколепсия,

Джексоновская эпилепсия

Салаамова судорога.

Сюда не включаются: судороги при интоксикациях, органических заболеваниях мозга, высокой температуре, при травмах психогенного происхождения и т. п.

125. Наследственно-семейные и рано приобретенные заболевания. (См. также выше п. 5).

А) Детские церебральные параличи.

Сюда включаются:

1) С преимущественным заболеванием пирамидных путей,

а) Инфантильная церебральная гемиплегия,

б) диплегические формы (болезнь Литтля),

в) псевдобульбарный паралич.

2) С преимущественным заболеванием экстрапирамидных путей:

а) гемиплегические формы,

б) двойной атетоз.

Б) Дисплазии с бластоматозными изменениями.

Сюда включаются:

1) Сирингомиэлия,

2) Туберозный склероз,

3) Неврофиброматоз (болезнь Реклингаузена).

В) Наследственно-семейные заболевания.

Сюда включаются:

1) Амавротическая идиотия форма Тэй-Сакса,

" Шпильмейер-Фогта,

" Jonsky-Belschowsky).

2) Наследственно-семейная атаксия.

(форма Фридрейха, Пьер-Мари).

3) Спастический семейный паралич,

4) Миоклонус эпилепсия,

5) Наследственный эссенциальный тремор,

6) Хорея Гунтингтона,

7) Болезнь Вильсона,

8) Торсионный спазм,

9) Псевдосклероз,

10) Идиопатический двойной атетоз,

11) Прогрессивные мышечные атрофии,

спинальный тип, невральная форма Шарко-Мари, семейный гипертрофический неврит, (Дежерин-Скотта), прогрессивная мышечная дистрофия,

Миотония Томсена,

Миотония Оппенгейма.

126. Функциональные расстройства нервной системы:
Истерия,
Тик,
Ночное недержание мочи,
Мастурбация,
Заикание,
Мигрень.

127. Прочие болезни нервной системы.

128. Психозы
а) Эндогенные психозы невыясненной этиологии,
б) Шизофрения,
в) Маниакально-депрессивный психоз,
г) Олигофрения,
д) Инфантилизм психогенный (задержка развития),
е) Психопатия и невропатия.
Сюда не включаются:
1. Психопатоподобные состояния в связи с перенесенными инфекциями, травмами, церебральным люэсом и т. д.,
2. Психогенные изменения характера,
ж) Реактивные изменения психики,
1. Психогенные реакции:
Реактивные депрессии,
Истерическая реакция,
Невроз страха,
Невроз эмоционального истощения,
Невроз навязчивого состояния,
Травматический невроз и другие формы невротических и психотических реакций.
Сюда не включается:
Соматогенная неврастения в связи с соматическими инфекционными заболеваниями и др. физически истощающими факторами.
2. Патологическое развитие личности.
3. Психические изменения в связи с возрастными кризисами (пубертатный, школьный, дошкольный).
з) Другие психические заболевания.

129. Болезни органов зрения.
а) Заболевания век.
Сюда включаются:
Изменения общего характера при растройствах циркуляции Herpes Zoster
Фурункул и абсцесс век,
Заболевания желез век сальных, потовых,
Воспаление краев век неизвестной этиологии,
Воспаление Мейбомиевых желез,
Неправильное положение ресниц и краев век,
Заболевание мышц и нервов век.
б) Заболевание слезных органов.
Сюда включаются:
Слезотечение,
Воспаление слезной железы,
Хроническое воспаление слезного мешка,
Острое воспаление слезного мешка,
в) Заболевания конъюнктивы.
Сюда включаются:
Фолликулез и фолликулярный катарр,
Раздражение ультрафиолетовыми лучами,
Весенний конъюнктивит,
Амилоидное и гиалиновое перерождение,
Ложный птеригий,
Пигментация конъюнктивы.
г) Заболевания роговицы.
Сюда включаются:
1. Язвы при rosacea.
2. Язвы при параличе нервов,
3. Керактоэктазия,
4. Стафилома роговицы,
5. Кератоконус и кератоглобус,
6. Помутнение роговицы в виде ленты.
д) Заболевания склеры:
Сюда включаются:
1. Растяжение склеры,
2. Синяя склера.
е) Заболевания хрусталика и стекловидного тела.
Сюда включаются:
1. Полярная катаракта,
2. Полная катаракта,
3. Осложненная катаракта,
4. Вторичная катаракта,
5. Аномалия формы и положения хрусталика,
6. Помутнение стекловидного тела.
ж) Заболевания сетчатки и зрительного нерва.
Сюда включаются:
1. Расстройства циркуляции и кровоизлияния сетчатки.

2. Retinitis proliferans,
3. Retinitis exsudativa,
4. Отслойка сетчатки.

з) Аномалии рефракции и аккомодации,
Сюда включаются:
Дальнозоркость,
Спазм аккомодации,
Близорукость,
Различные виды астигматизма.

и) Заболевания двигательного аппарата глаза.
Сюда включаются:
Конкомитирующее косоглазие.
а) Сходящееся,
б) Расходящееся.
Нистагм.

к) Заболевания глазницы.
Сюда включаются:
1. Воспаление надкостницы,
2. Флегмона,
3. Абсцесс,
4. Exophtalmus pulsans
5. " intermittens
6. Вывих глазного яблока.
7. Энофтальм.

л) Прочие болезни органов зрения (кроме врожденных и являющихся осложнением других болезней).

130. Болезни органов слуха и их последствия.
Сюда включаются:
а) Воспаление наружного среднего и внутреннего уха,
б) Воспаление и костоеда сосцевидного отростка,
в) Внутренние осложнения при остром и хроническом нагноении среднего уха,
1. Гнойное воспаление синусов отогенного происхождения.
2. Абсцесс в мозгу отогенного происхождения.
3. Отогенный лептоменингит.
г) Глухота и глухонемота.
д) прочие болезни органов слуха.
Сюда не включаются:
Инородные тела в ухе,
Паразиты наружного уха,
Новообразования
Поражения уха, как осложнения др. определенных болезней.

Гр. 14. *Болезни органов кровообращения и лимфатической системы.*

131. Перикардит.
Сюда включаются:
Перикардит острый — без указания этиологии,
Перикардит хронический — без указания этиологии.
Другие изменения перикарда, как последствия перикардита неизвестной этиологии.
Сюда не включаются:
Перикардит ревматический (42),
Перикардит туберкулезный (44),

132. Эндокардит.
Сюда включаются:
Эндокардит острый без указания этиологии,
Эндокардит подострый без указания этиологии.
Сюда не включается:
Эндокардит септический (23
Эндокардит ревматический (42).
Эндокардит гонорройный (48),
Эндокардит др. определенной этиологии.

133. Пороки клапанов сердца.
Сюда включаются:
Пороки клапанов сердца неизвестной этиологии: (с обозначением локализации)
Сюда не включаются:
Врожденные пороки сердца (5),
Пороки сердца другой определенной этиологии (ревматические).

134. Миокардиопатия неизвестной этиологии.
Сюда включаются:
Миокардит без указаний,
Миодегенерация сердца.
Сюда не включаются:
Миокардит ревматический, (42).
Миокардиопатия дифтерийная (17).

135. Другие болезни сердца неопределенной этиологии.
а) Функциональные расстройства сердечной деятельности.
Сюда включаются:
Неврозы сердца.

Тахикардии,
Брадикардии,
Нарушения ритма.

б) Прочие болезни сердца неопределенной этиологии.
Сюда включаются:
Гипертрофия сердца,
Поражение сердечных сосудов.

136. Болезни артерий.
Сюда включаются:
Аневризмы артерий с указанием локализации,
Склероз артерий,
Прочие болезни артерий неизвестной этиологии.

137. Болезни вен.
Сюда включаются:
Тромбофлебит,
Варикозные язвы и узлы.
Прочие.

138. Другие болезни органов кровообращения.
Сюда включаются:
Гипертония,
Гипотония,
Тромбоз без указаний,
Эмболия,
Болезнь Raygnaud,
Ангионеврозы,
Кровоизлияния без других указаний,
Гангрена без других указаний,
Гематома.
Прочие.

139. Болезни лифматической системы неопределенной этиологии.

а) Лимфогрануломатоз.
Синоним:
Болезнь Гочкина.

б) Лимфаденит.
Сюда включаются:
Лимфаденит без указаний этиологии,
Бубон без других указаний.

в) Другие болезни лимфатической системы.
Сюда включается:
Лимфангоит,
Лимфангоэктазия,
Хилоторакс,
Прочие.
Сюда не включаются:
Лейкемия лимфатическая (118),
Лимфатический диатез (107),
Status thymico-lymphaticus (107).
Опухоли лимфатической системы.

Гр. 15. *Болезни органов дыхания.*

140. Болезни носовой полости, носоглотки и придаточных полостей.
Сюда включаются:
Ринит,
Озэна,
Аденоиды, Воспаление Гаймововой полости, лобной пазухи,
Этмоидит, сфеноидит,
Прочие.

141. Болезни гортани.
Сюда включаются:
Ларингит,
Ложный круп,
Отек гортани,
Паралич голосовых связок,
Перихондрит гортанных хрящей,
Абсцесс гортани.
Сюда не включается:
Ларингоспазм,
Инородные тела,
Ларингиты и проч. с установленной этиологией.

142. Бронхит острый и подострый.
Сюда включаются:
Трахеит,
Бронхит,
Сюда не включаются:
Воспалительные процессы, как часть картины общих заболеваний,
Бронхиты астматического происхождения (145).

143. Лобулярная пневмония.
Синоним:
Бронхопневмония острая и подострая,
Катарральная пневмония.
Сюда включаются:
Лобулярная пневмония неустановленной этиологии.
Сюда не включаются:
Бронхопневмонии, осложняющие течение острых инфекционных и друг. болезней.

144. Плеврит.
а) Гнойный,
б) Другие формы.
Сюда включаются:
Плевриты неустановленной этиологии.
Сюда не включаются:
Плевриты, осложняющие острые инфекционные и др. болезни.

145. Бронхиальная астма.
Сюда включаются:
Астма эссенциальная,
Сенная астма.
Сюда не включаются:
Астма сердечная,
" уремическая,
" диабетическая
и т. п.

146. Бронхоэктазия.
Сюда включаются неспецифические хронические интерстициальные пневмонии и легочные циррозы неизвестной этиологии.

147. Другие болезни органов дыхания.
Сюда включаются:
Гангрена легких,
Абсцесс легкого (неопределенной этиологии).
Абсцесс средостения (неопределенной этиологии),
Пневмокониозы,
Гидроторакс,
Эмфизема,
Отек легких,
Геморагический инфаркт,
Тромбоз легких,
Гипостатическая пневмония,
Гипостаз легких,
Эмболия легочной артерии,
Прочие.

Гр. 16. *Болезни зева, миндалин и пищеварительных органов.*

148. Болезни полости рта.
Сюда включаются:
Болезни десен (гингивит),
" языка,
Болезни оболочки слизистой оболочки рта (стоматит неизвестной этиологии),
Болезни слюнных желез (не эпидемические),
Болезни зубов.

149. Болезни зева.
Сюда включаются:
Ангина без ясной этиологии,
Тонзиллит острый и хронический,
Абсцесс миндалин,
Паритонзиллярный абсцесс,
Заглоточный абсцесс,
Фарингит острый и хронический.
Сюда не включаются:
Аденоиды (140),
Поражения носоглотки (140).

150. Болезни пищевода.
Сюда включаются:
Сужение пищевода,
Расширение пищевода,
Разрыв пищевода,
Паралич пищевода,
Дивертикул пищевода.

151. Болезни желудочно-кишечного тракта.
а) Диспепсия острая без токсикоза и с токсикозом,
б) Диспепсия хроническая,
в) Пилороспазм. (Пилоростеноз врожденный — см. п. 5),
г) Кардиоспазм,
д) Ахилия,
е) Прочие болезни желудочно-кишечного тракта.
Сюда включаются:
Гастрит,
Расширение желудка,
Атония желудка,
Гиперсекреция желудочная,
Язва желудка,
Язва 12-ти перстной кишки,
Понос без др. обозначений,
Гастроэнтерит,
Энтерит,
Колит.
Сюда не включаются:
Аппендицит (152),
Энтерит токсический,
Гастрит токсический,
Дизентерия,
Другие желудочно-кишечные заболевания определенной этиологии и болезни, указанные ниже в п. 153—155.

152. Аппендицит и тифлит,
Сюда же включаются:
Перитифлит.

153. Грыжа.
Сюда включаются:
Грыжа паховая,
" мошоночная,
" пупочная,
" белой линии,
" диафрагмальная,
" влагалищная,
" без указаний.
Сюда не включаются:
Грыжа других органов кроме кишек,
Грыжа спинномозговая и пр.

154. Непроходимость кишек.
Сюда включаются:
Инвагинация кишек,
Заворот кишек,
Непроходимость кишек, без других указаний.

Сюда не включается:
Зарощение заднего прохода (6).

155. Другие болезни кишек.
а) выпадение прямой кишки,
б) трещина заднего прохода,
в) прочие заболевания кишек.
Сюда включаются:
Кишечный инфантилизм (Гертер — Гейбнера),
Гангрена кишек,
Прободение кишек,
Абсцесс ректальный,
Проктит и перипроктит,
Кишечный свищ,
Прочие.

156. Болезни печени.
а) Цирроз печени,
б) Атрофия,
в) Желтуха неизвестной этиологии,
г) Другие заболевания печени.
Сюда включается:
Амилоид печени,
Абсцесс
Гепатит.
Сюда не включаются:
Воспаление воротной вены (137)
Тромбоз печеночных вен (137),
Цирроз печени алкогольный, туберкулезный, сифилитический и другой определенной этиологии.

157. Желчные камни.
Сюда включаются:
Камни печени,
" желчного пузыря,
Колика желчная,
" печеночная.

158. Другие болезни желчного пузыря и желчных путей.
Сюда включаются:
Холецистит,
Ангиохолит,
Абсцесс желчного пузыря,
Расширение желчных ходов,
Калькулезный холецистит.

159. Болезни поджелудочной железы.
Сюда включаются:
Панкреатит,
Цирроз поджелудочной железы,
Абсцесс поджелудоч. железы,
Атрофия " "
Колика " "
Кровоизлияние в поджелудочную железу,
Другие заболевания поджелудочной железы.
Сюда не включаются:
Диабет панкреатический (150).

160. Перитонит (неопределенной этиологии).
Сюда включаются:
Абсцесс брюшной полости,
" забрюшинный,
" поддиафрагмальный,
" таза,
" дугласова пространства.
Пельвиоперитонит,
Сращения и спайки брюшных органов,
Перидуоденит,
Перигастрит и пр.
Сюда не включаются перитониты определенной этиологии.

161. Другие болезни органов пищеварения.
Сюда включаются:
Внутрибрюшное кровоизлияние,
Спланхоптоз.

Гр. 17. *Болезни мочеполовых органов.*

162. Острые нефропатии неопределенной этиологии.
Сюда включаются:
Острый нефрит,
Острый нефроз.
Сюда не включаются:
Нефрит и нефроз скарлатинозный и др. ясной этиологии.

163. Хронические нефропатии неопределенной этиологии.
Сюда включаются:
Брайтова болезнь,
Сморщенная почка,
Амилоид почки.

164. Нефропатии без других указаний.

165. Альбуминурия неопределенной этиологии.
Сюда включаются:
Ортостатическая альбуминурия и т. д.

166. Пиэлит неопределенной этиологии.
Сюда не включаются пиурии как осложнение др. определенных болезней.

167. Камни почек и мочевых путей.

168. Другие болезни почек, почечных лоханок и мочеточников.
Сюда включаются:
Абсцесс почек,
Гидронефроз,
Инфаркт почки,
Паранефрит,
Перинефрит,

Пионефроз,
Пиелонефроз,
Блуждающая почка,
Гематурия,
Анурия не выясненной этиологии,
Прочие.

169. Болезни мочевого пузыря.
Сюда включаются:
Цистит,
Язвы пузыря,
Свищи в мочевом пузыре.

170. Болезни мочеиспускательного канала.
Сюда включаются:
Абсцесс уретры неизвестной этиологии,
Кровотечение из уретры,
Сужение мочеиспускательного канала,
Уретроцистит,
Фистула уретро - ректальная приобретенная.

171. Болезни мужских половых органов не венерического происхождения.
а) Фимоз,
б) Парафимоз,
в) Гидроцеле,
г) Другие.

172. Болезни женских половых органов не венерического происхождения.
а) Болезни яичников, труб, параметрия,
б) матки.
в) болезни наружных женских половых органов.

Гр. 18. *Болезни органов движения.*

173. Болезни костей.
а) Воспалительные (неопределенной этиологии)
Сюда включаются:
1) Оститы,
2) Периоститы,
3) Перихондриты,
4) Остеомиэлиты.
Сюда не включается:
Острый инфекционный остеомиэлит (24),
Другие заболевания костей определенной этиологии: туберкулезные, сифилитические, травматические и пр.
Костоеда сосцевидного отростка (130).
б) Невоспалительные.
Сюда включаются:
Остеохондропатии (болезнь Пертеса, Кимбека, Шлоттера, Келера),
Костные кисты,
Остеопсатироз,
Osteopathie hypertrophiante pneumiqne, (Пьер—Мари—Бамбергер).
Сюда не включаются: поражения костей рахитические и др. определенной этиологии (переломы — см. 78).

174. Болезни суставов.
а) Острые артропатии.
Сюда включаются артриты и синовиты остистые без указ. этиологии.
б) Хронические артропатии.
Сюда включается:
Хронический инфекционный прогрессирующий полиартрит (болезнь Штиля).
Остеоартриты.
Деформирующие артриты.
Сюда не включаются подострые и хронические полиартриты неизвестной этиологии (сифилитический, туберкулезный, ревматический и т. п.),
Вывихи — см. 78.

175. Болезни мышц и сухожилий.
Сюда включаются:
Миозит,
Тендовагинит,
Люмбаго,
Абсцесс мышцы,
Воспаление слизистой сумки,
Ганглион.
Сюда не включается:
Идиопатическая мышечная атрофия (6 г).
Dystrophia ormusculoum progressiva (6 г).

Гр. 19. *Болезни кожного покрова.*

176. Болезни кожи.
1) Аллергические заболевания кожи,
а) крапивница,
б) почесуха,
в) экзема,
г) другие.
Сюда включаются:
Узелковая почесуха,
Амилоидоз кожи,
Нейродермит Брока,
Себорройная экзема,

Дисгидроз,
Лекарственные сыпи.
2) Атрофические и гипертрофические изменения кожи.
а) Склеродермия,
б) Прочие.
Сюда включаются:
Атрофия кожи,
Слоновая болезнь.
3) Пигментные аномалии.
а) Лейкодермия,
б) Другие.
Сюда включаются:
Витилиоз,
Альбинизм,
Гиперпигментация и пр.
4) Кератозы.
а) Ихтиоз,
б) Другие.
Сюда включаются:
Кожный рог,
Бородавки,
Прочие.
5) Воспалительно - чешуйчатые заболевания кожи.
а) Псориаз,
б) Другие.
Сюда включаются:
Красный плоский лишай,
Красный остроконечный лишай,
Блестящий лишай,
Эритродермия.
6) Дерматозы с образованием пузырей.
а) Зона (опоясывающий лишай),
б) другие.
Сюда включаются:
Наследственный буллозный эпидермолиз и др.
7) Дерматозы, связанные с ненормальной деятельностью кожных желез.
а) Угревая сыпь,
б) Милиария,
в) Другие.
Сюда включаются:
Ангидроз,
Гипергидроз.
Себоррея,
Прочие.
8) Болезни волос и ногтей;
а) Болезни волос.
Сюда включаются:
Врожденная алопеция,
Гнездная алопеция,
Прочие.
б) Болезни ногтей.
9) Другие болезни кожи.
Сюда включаются:
Кожные изменения в связи с аномалиями наполнения кровеносных сосудов.
Родимые пятна.
Контагиозный моллюск.
Прочие.
Не включаются болезни кожи, служащие проявлением других заболеваний, а также имеющие определенную этиологию (см. соответствующие рубрики).

Отдел IV.

Гр. 20. *Недостаточно определенные болезни и причины смерти.*

177. Внезапная смерть (без других указаний).
178. Прочие неточные и неустановленные диагнозы.
Сюда включаются:
Паралич сердца,
Сердечная слабость,
Агония,
Асфиксия,
Асцит,
Отеки,
Адинамия,
Астения,
Коллапс,
Кома,
Маразм без др. указаний,
Рвота,
Цианоз,
Переутомление.

Руководящее указание к единообразному пользованию рабочей классификацией ревматизма у детей и подростков,

одобренной III Всесоюзным Совещанием по изучению ревматизма и борьбе с ним (1936 г.).

Введение

§ 1. В виду спорности многих сторон проблемы ревматизма, выработка строго научной классификации в данное время не выполнима. Настоящая рабочая классификация имеет целью достижение возможного единообразия в обозначении одинаковых клинических явлений.

§ 2. Согласно данной классификации ревматизм рассматривается как длительный процесс, дающий в отдельные моменты различные клинические проявления и характеризующийся сменой фаз обострения и затихания.

В каждом конкретном случае прежде всего определяется диагноз ревматизма (болезнь Буйо). Это обозначение остается на всем протяжении болезни.

В отношении к отдельным моментам наблюдения обозначаются:

фаза процесса,

форма клинического проявления,

степень компенсации сердечного поражения.

Эти обозначения у одного и того же больного со временем могут изменяться (напр., при приеме в лечебное учреждение и при выписке).

Общий диагноз ревматизма.

§ 3. Для диагноза ревматизма (болезнь Буйо) необходимо наличие в настоящем или прошлом следующих клинических явлений — по отдельности или в той или иной комбинации:

1) характерных изменений в суставах (как правило множественные, летучие).

Примечание: В отдельных случаях ревматические изменения в суставах могут носить более или менее стойкий характер.

2) характерных хореических явлений,

3) ревматических узелков,

4) стойких или прогрессирующих изменений со стороны сердца при отсутствии каких-либо других определённо обусловливающих указанные явления этиологических моментов.

§ 4. Необходимо дифференцировать ревматические поражения суставов от поражений другой этиологии (напр., дизентерийные, гонорройные, септические, при сывороточной болезни) и с другим характером течения (прогрессирующие, деформирующие и т. п. формы).

Примечание: Боли в суставах без наличия объективных изменений в них являются подозрительными в отношении ревматизма в случае упорного их повторения, особенно в комбинации с теми или иными другими характерными для ревматизма признаками в прошлом или настоящем (а также — при наличии семейного ревматизма — см. ниже п. 7).

§ 5. Так называемая эссенциальная или инфекционная хорея, как правило, является одной из клинических форм ревматизма.

К ревматизму не относятся хореподобные явления, как часть симптомокомплекса других определённых нервных болезней.

§ 6. Так наз. первичные кардиты (эндо-мио-перикардит) и приобретенные пороки сердца у детей и подростков являются, как правило, одной из клинических форм ревматизма. К числу их не относятся кардиопатии с другой определенной этиологией, как септические (язвенные) эндокардиты, последифтерийные миопатии и т. п. Эндокардиты и пороки сердца, остающиеся после скарлатины, а также — после ангин, как показывают наблюдения, обычно оказываются ревматическими.

§ 7. Для признания за наличным органическим поражением сердца ревматического происхождения, помимо исключения врожденного порока сердца и др. причин, требуется установить:

а) наличие в прошлом или настоящем других более или менее характерных признаков ревматизма,

б) наличие других ревматических заболеваний в семье.

Примечание. Указания на эти заболевания должны оцениваться с осторожностью, имея в виду возможность обозначения как „ревматизм" сердечных расстройств, артритов или артралгий, ничего общего с ревматизмом не имеющих. Нужно или непосредственно клиническое обследование больных членов семьи или точное описание и достаточная убедительность симптомокомплексов.

в) Но и при отсутствии этих данных, и если в то же время нет других определенных объяснений существующего органического поражения сердца, в особенности при прогрессирующем характере, наиболее вероятным надо считать наличие ревматизма.

Детализация клинической картины ревматизма в отдельные моменты наблюдения.

§ 8. Диагноз ревматизма, как динамического явления, для практических целей учета ревматиков с целью планирования общих мероприятий по борьбе с ревматизмом и для индивидуальной

помощи должен быть деталирован в отдельные моменты наблюдения (напр., при приеме и выписке больного).

Фаза процесса.

§ 9. Острая фаза может соответствовать или впервые обнаруженным или повторным (рецидивирующим) явлениям. Этот последний случай обозначается как обострение.

Примечание: Число перенесенных приступов обострений отмечается римской цифрой (I-II-III . . .) и должно устанавливаться также у больных, наблюдаемых вне приступов.

§ 10. **Острой фазой** (обострением) следует считать наличие более или менее ясно выраженных характерных для ревматизма симптомов: (острое опухание суставов, хореические движения, явления кардита, полисерозита и т. п., обычно в сопровождении повышенной Т°, воспалительных изменений крови), непостоянно-умеренный лейкоцитоз, сдвиг влево, постоянно — за исключением хореи — ускорение РОЭ), общее недомогание и т. п., если эти явления выражены резко или обнаруживаются в течение ограниченного (до 2—3 мес.) времени.

§ 11. **Подострая фаза** обозначается, если явления полностью или частично затягиваются, смягчаясь в интенсивности, или если с самого начала обнаруживаются в подобной смягченной форме (иногда не лишая больного работоспособности).

§ 12. В особенности при наличии признаков приобретенного **порока сердца** важно уяснить, нет ли признаков продолжающейся динамичности, прогрессирования процесса (т. е. имеется ли дело с затихшим процессом или с активным кардитом).

Ответ на этот вопрос может быть получен при сопоставлении данных, полученных следующими путями:

а) повторное исследование объективных признаков со стороны сердца (или обнаружение в дальнейшем других проявлений, характерных для ревматизма).

б) Повторное рентгеновское исследование.

в) Систематическое измерение Т°.

г) Повторные исследования крови (РОЭ, картина белой крови).

д) Наблюдения над выносливостью и сомочувствием больного и признаками нарушения сердечной компенсации (см. ниже).

е) Электрокардиография.

§ 13. **Межприступная фаза** обозначается в тех случаях, когда ребенок является практически здоровым, причем или а) имеются определенные указания на ревматизм в прошлом (точное описание близкими больного или врачебные справки), в наличности же нельзя констатировать никаких болезненных расстройств, или б) при наличии организованного порока сердца отсутствуют подтвержденные перечисленными выше путями признаки активного кардита.

Примечание: Отсутствие активности при ревматизме всегда надо считать условным, т. к. рецидивы наблюдаются с промежутками от нескольких месяцев до нескольких лет.

§ 14. Уточнением клинической формы определяется, помимо терапевтических мероприятий, отчасти и предсказание.

Основными формами, в которых проявляется ревматизм, являются:

полиартрит,

хорея,

кардит (мио-эндо-перикардит, панкардит) и как последствие его — пороки сердца.

§ 15. В большинстве случаев имеется та или иная **комбинация** этих форм. Изолированно, особенно при первом приступе, может протекать хорея, реже — так наз. первичный ревматический кардит, наиболее редко — полиартрит без явлений со стороны сердца.

В комбинированных случаях необходимо отметить все элементы данной комбинации (суставно-сердечная, сердечно-суставная форма, хорея плюс кардит и т. п. (в зависимости от преобладания явлений со стороны суставов или сердца и т. п.).

§ 16. Наличие той или иной формы **кардита** потенциально можно предполагать в каждом случае ревматизма. Но так как речь идет о клинической классификации, то обозначение кардита должно указывать на существование определенных клинических симптомов — миокардита, эндокардита, перикардита или той или иной комбинации их.

§ 17. Диагноз „порока сердца“ имеет в виду наличие сформировавшегося клапанного поражения, причем можно уже предполагать, по окончании острых воспалительных явлений, наличие лишь остаточных рубцовых изменений. При этом однако надо иметь в виду свойственную ревматизму наклонность к рецидивам воспалительного процесса в тканях сердца. По современным воззрениям нарушение ранее установившейся компенсации обусловливается именно новой вспышкой обострения. В таких случаях к диагнозу порока сердца должно быть сделано соответствующее добавление (напр. — возвратный эндокардит).

Диагноз порока сердца должен быть деталирован указанием локализации и формы поражения.

§ 18. Некоторые клинические признаки ревматизма выделены в подгруппу „**Другие клинические проявления**“ ввиду того, что они не описаны в виде самостоятельных симптомокомплексов, но всегда сопровождают те или иные из трех основных форм (полиартрит, хорея, кардит).

§ 19. В частности поражение **серозных оболочек** обычно присоединяется к перикардиту. Самостоятельные же серозные плевриты, как правило, туберкулезного происхождения.

§ 20. Узелки (naduli rheumatici) иногда очень многочисленны, иногда же обнаруживаются лишь при тщательном повторном (ибо они обычно бывают нестойки) ощупывании кожи волоси-

стой части головы и области суставов и сухожилий. Эти узелки весьма патогномоничны для ревматизма (болезнь Буйо).

§ 21. Из кожных явлений Лейнером описана, как характерная для ревматизма, аннулярная (кольцевидная) сыпь. Встречаются многоформные и геморрагические эритемы.

Примечание. Надо иметь в виду, что так наз. peliosis rheumatica является одной из формы пурпуры (без нарушения со стороны тромбоцитов), причем суставные боли обычно оказываются не ревматического происхождения; в таком случае упомянутый термин неуместен.

Равным образом нельзя считать обоснованным отнесение к числу проявлений ревматизма узловатой эритемы.

§ 22. В отдельных случаях могут быть установлены связанные с основным ревматическим процессом поражения других органов (напр. почек и т. п.).

§ 23. В диагнозе должно быть указано как на наличную форму клинического проявления ревматизма, так (в скобках) и на точно установленные основные формы клинического проявления ревматизма в прошлом (напр., „в прошлом — полиартрит", „в прошлом — хорея"), причем необходимо отметить общее число перенесенных приступов.

Степень компенсации сердечного поражения.

§ 24. Обозначение степени компенсации (A — B — C) относится только к случаям с признаком сердечного поражения.

§ 25. A — компенсация — обозначает, что хотя имеются на лицо объективные изменения в сердце, вплоть до выраженного порока, но отсутствуют объективные и субъективные признаки функциональных расстройств со стороны кровеносной системы, или связанных с ней других систем (напр. органов дыхания и т. п.).

Обозначение компенсации должно делаться при наличии трудоспособности больного, следовательно, оно неуместно, если имеются признаки неокончившейся острой, а в некоторых случаях и подострой воспалительной фазы (см. выше § 13 о диагнозе межприступной фазы).

§ 26. B — субкомпенсация — указывает на наличие упомянутых функциональных расстройств в усиленной степени, более или менее ограничивающих трудоспособность, но, однако, еще не вполне исключающих последнюю (тахикардия или одышка лишь при усиленных движениях, или же наклонность к отекам при определенных условиях, небольшие и непостоянные колебания T° и т. д.).

§ 27. Для разрешения вопроса о наличии субкомпенсации следует пользоваться сопоставлением фактов по схеме, указанной в отношении диагноза активного кардита (§ 12). В некоторых случаях, при условии критического отношения к получаемым результатам, можно пользоваться общепринятыми, так наз. функциональными пробами. Более правильно вопрос о на-

личии субкомпенсации разрешается внимательным наблюдением за общей выносливостью и реакциями больного на нагрузку. В случае субкомпенсации требуется ограничение трудовой нагрузки, иногда даже несмотря на субъективно удовлетворительное самочувствие.

§ 28. С — декомпенсация — указывает на наступление столь значительных расстройств функциональной деятельности сердечнососудистой системы (расширение сердца, отеки, одышка даже в покое) и всего организма, что больной становится вовсе нетрудоспособным и нуждается в постельном содержании или во всяком случае в малоподвижном режиме.

Заключение

§ 29. Диагностическая формула в отдельных конкретных случаях должна включать обозначения по всем трем рубрикам схемы (или—при отсутствии сердечных изменений—по двум).

Напр.: Ревматизм (болезнь Буйо). Острая фаза — 1-й приступ. Суставно-сердечная форма (мио-эндокардит). Латинскими буквами Rheumatismus I. Polyarthrit. s. myo-endocarditis acuta или: Ревматизм (болезнь Буйо). II-й приступ — Хорея. Rheumatismus II Chorea или: Ревматизм (болезнь Буйо). Подострая фаза (в прошлом — III приступа—полиартрита. Порок сердца. Недостат. и стен. митральн. клап. (возвр. эндокардит). Субкомпенсация. Rheumatismus III, post polyart. Affectio mitralis. Endocar. recurrens subacuta, или: Ревматизм (болезнь Буйо). Межприступная фаза (в прошлом II приступа полиартрита). Порок сердца (Недостат. двухстворки). Компенсация. Rheumatismus (post polyartr. II) Insufficientia mitralis. A. или: Ревматизм (болезнь Буйо). Межприступная фаза. (В прошлом II приступа: полиартрит, хорея). Rheumatismus (post. polyarthrit. et choream II).

§ 30. Для массового учета ревматиков, согласно указаниям, разработанным Детской Секцией Всесоюзного Ревматического Комитета и опубликованным в брошюре „Ревматизм у детей и борьба с ним“ (изд. Центрального Института ОЗДиП) и для отчетных сводок, с целью сокращения множественности рубрик, необходимо объединение зарегистрированных случаев по следующей схеме:

Ревматизм (болезнь Буйо).

I. Острые и подострые случаи: а) с поражением сердца — (1) полиартрит, (2) хорея, (1 + 2) полиартрит + хорея, (3) первичный кардит.

В том числе А — В — С

б) без поражения сердца (§ 1) полиартрит, (§ 2) хорея.

II. В межприступной фазе: а) пороки сердца, б) без изменений в сердце, 1) в прошлом—полиартрит, 2) в прошлом — хорея (1 + 2) в прошлом полиартрит плюс хорея. Из общего числа больных: полисерозит, узелки, кожные сыпи и другие сопутствующие явления.

Рабочая классификация ревматизма у детей и подростков, одобренная III Всесоюзным Совещанием по изучению ревматизма и борьбе с ним (1936 г.)

Ревматизм (болезнь Буйо).

Фаза процесса	Числа перенесенных приступов обострения	Клиническая форма	Степень компенсации сердечного поражения
Острая Подострая Межприступная	I—II—III и т. д.	Полиартрит Хорея Кардит { Миокардит, Эндокардит, Перикардит, Панкардит } Порок сердца (с уточнением формы). Комбинированные формы: сердечно-суставная или суставно-сердечная, хорея с сердечными явлениями и т. д. Другие клинические проявления: Полисерозит, (плеврит, перитонит, полисерозит). Ревматические узелки. Кожные поражения. Поражения прочих органов.	А. Компенсация В. Субкомпенсация С. Декомпенсация

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА

м/ж. (составляется детско-подростковой поликлиникой или школьным врачем).

А. Общие сведения:

Дата составления карты . . . .
Наименование и адрес лечебного учреждения или школы, детдома, детсада, где учится ребенок . . . .
Фамилия, имя, отчество . . . .
Дата и место рождения . . . .
Подробный адрес: населенный пункт
ул./пер. кв. № . . . корпус . . . барак
народность . . . .

Для рабочих подростков дополнительно:

а) наименование места работы или школы ФЗУ . . . .
б) профессия . . . .
в) сколько времени работает в данной профессии . . . .

Предохранит. прививка	
Дата	Какая прививка

Б. Анамнез:

Медицинские данные	Бытовые данные (условия жилища, питания, личная гигиена и т. д.)	Данные педагога о ребенке (частота пропусков занятий, поведение, успеваемость и т. д.)
а) ход развития ребенка . . . . . б) перенесенные болезни (в т. ч. инфекционные) . . . . в) болезни родителей		

В. Данные медицинского обследования:

	Дата осмотра	1-е обследование	2-е обследование	3-е обследование
Физразвитие	рост, вес, окружность груди (пауза)	рост . . . вес . . . окр. гр. . .	рост . . . вес . . . окр. гр. . .	рост . . . вес . . . окр. гр. . .
	оценка физразвития			
По органам и системам.	кости и суставы			
	мышцы			
	внутренние органы			
	зрение			
	слух			
	зубы			
	нервная система			
	пороки речи			
	диагноз			
	заключение и назначен.			
	выполнение назначения			

Подпись врача Подпись врача Подпись врача.

Г. Данные текущего медицинского наблюдения:

Дата	Отметка о первичном или повторном обращении	Жалобы	Объективные данные	Диагноз	Назначение	Подпись врача

Г. Данные текущего медицинского наблюдения

Дата	Отметка о первичном или повторном обращении	Жалобы	Объективные данные	Диагноз	Назначение	Подпись врача

Утверждаю
Зам. наркома
здравоохранения **Гуревич**
19-го марта 1937 г.

ТИПЫ УЧРЕЖДЕНИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НЕВРОПСИХИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К НИМ, ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ОТБОРА

I. Типы учреждений в сети НКЗ

Примечание. Типы учреждений в сети Наркомпроса и Наркомсобеза см. в приложении.

1. Санаторий для нервных детей.

Примечание. Эти санатории следует организовывать раздельно для более легких и для тяжелых случаев. Однако в зависимости от местных условий при невозможности иметь два самостоятельных учреждения это может быть одним учреждением для обоих форм при непременном условии раздельности помещений: павильоны, крылья или этажи с отдельными ходами.

2. Санатории для эпилептиков.

3. Психиатрическая больница для острых душевных больных и детские отделения при общих психиатрических больницах.

4. Психиатрическая лечебно-трудовая колония для психически больных детей-хроников, нуждающихся в лечении, психиатрическом уходе и надзоре.

5. Неврологические отделения при соматических больницах для острых форм органических поражений нервной системы.

6. Нервные отделения или больницы для курабильных форм органических хронически текущих заболеваний нервной системы.

7. Учреждения для логоневротиков: 1) логотерапевтические кабинеты при детских поликлиниках, детских отделениях, единых диспансерах; 2) полустационары в виде санаторных площадок для лечения логоневроза и тяжелых форм логопатии.

Примечание. Последние могут организовываться в районном городском масштабе.

II. Показания и противопоказания к приему

1. Санатории для нервных детей.

а) В санатории для нервных детей легкой формы принимаются дети обоего пола в возрасте от 4—14 лет.

Примечание. Санаторий может охватывать как дошкольный, так и школьный возраст при наличии раздельных помещений — павильонов, крыльев, этажей с отдельным ходом и т. д.

Подлежат приему:

1. Дети, страдающие неврозами, (психогении, реактивные состояния, невротические развитая и т. д.).
2. Невропаты и психопаты средней степени.
3. Эндокринопаты, представляющие психические аномалии легкой и средней степени.

Примечания. 1) В санаторий поступают лишь те случаи, которые, нуждаясь в изъятии из домашней среды, не могут ограничиться амбулаторной помощью или полу-стационаром для приходящих.

2) Дети с неврозами соматогенного происхождения, (в связи с туберкулезной интоксикацией, перенесенным острым заболеванием ц. н. с. и т. д.) направляются в общесоматические санатории.

Не подлежат приему:

1. Выраженные формы психозов.
2. Тяжелые степени психопатических состояний.
3. Олигофрены.
4. Криминальные случаи.

5. Серьезные отклонения в физическом здоровье, нуждающиеся в видуальных или специальных лечебных мероприятиях и особом уходе, — после операционные, костно-туберкулезные и пр. Дети, представляющие опасность для окружающих в смысле возможности инфекционных или паразитарных заболеваний: трахома, трихофития, бацилоносительство, бывшие в соприкосновении с инфекциями на срок инкубации, ни в одно из перечисленных ниже учреждений не принимаются.

6. Эпилептики.

7. Дети с тяжелыми органическими поражениями Ц. Н. С.

Средний срок пребывания 3—4 месяца с правом сокращения и продления срока в отдельных случаях.

б) Санаторий для детей-психопатов более тяжелой степени — принимаются дети в возрасте от 7—14 лет, обоего пола лишь в том случае, если санаторий имеет раздельные помещения: павильоны, крылья, этажи с отдельным ходом. При отсутствии указанных условий принимается лишь один пол.

Подлежат приему:

1. Тяжелые формы психопатий.
2. Патологические развития, реактивно обусловленные.
3. Приобретенные психопатоподобные состояния после перенесенных поражений мозга.
4. Затяжные и вяло текущие формы душевных заболеваний (в отдельных случаях).

Не подлежат приему:

1. Выраженные психозы.
2. Эпилептики с частыми припадками.
3. Олигофрены и случаи выраженной деменции.
4. Криминальные случаи.
5. Дети с тяжелыми соматическими заболеваниями, требующие особого ухода.
6. Дети с тяжелыми органическими поражениями ц. н. с.

2. Срок пребывания — от 6 месяцев, с правом сокращения или продления в отдельных случаях.

Санатории для эпилептиков — принимаются дети в возрасте от 4—18 лет обоего пола, с разделением детей по возрасту и полу внутри санатория. Дошкольное отделение должно быть выделено в отдельное крыло, этаж, павильон.

Подлежат приему:

Эпилептики, требующие стационарного лечения.

Не подлежат приему:

1. Эпилептики с психотическими явлениями, требующие психиатрического надзора (подлежат направлению в псих. б-цы).
2. Эпилептик с редкими припадками, способные обучаться в нормальной школе и жить в обычных условиях.
3. Эпилептики с резко выраженной деградацией психики (Собес).
4. Криминальные эпилептики (НКВД).
5. Эпилептики — соматически больные, требующие особого ухода.

Средний срок пребывания — от 6-ти мес. до 1 года, с правом сокращения или продления в отдельных случаях.

Примечание. В крупных санаториях для эпилептиков возможна организация особого отделения для случаев, не давших улучшения состояния, но все же способных к дальнейшему росту и не могущих посещать школу из-за частоты припадков.

3. Психиатрическая детская больница или детское отделение при психиатрической больнице для взрослых — для острых и подострых форм душевных заболеваний (психозы).

Принимаются дети обоего пола в возрасте от 4 —16 лет с подразделением внутри больницы:

а) по состоянию (беспокойные, полубеспокойные, спокойные отделения)
б) по возрасту, в) по полу.

Подлежат приему:

Все острые и подострые формы душевных расстройств, подлежащие лечению и психиатрическому надзору, в том числе и эпилепсия с психотическими явлениями, требующие психиатрического наблюдения и надзора.

Не подлежат приему:

Хронические формы душевных расстройств.

Срок пребывания в зависимости от состояния — от нескольких недель до нескольких месяцев.

4. Психиатрическая детская больница (или детское отделение) для хроников — принимаются дети обоего пола от 4—16 лет с подразделением внутри больницы по состоянию (беспокойные, полубеспокойные и слабое отделение), возрасту и полу.

Подлежат приему:

1. Затяжные формы душевных заболеваний, нуждающиеся в лечении и психиатрическом уходе.

2. Обострения хронических психозов.

3. Эпидемический энцефалит — хронические формы, нуждающиеся в лечении и психиатрическом уходе.

4. Отдельные формы олигофрений и деменции, нуждающиеся в лечении и психиатрическом уходе.

Не подлежат приему:

Тяжелые дефектные состояния (олигофрения и деменции), не нуждающиеся в лечении и психиатрическом уходе (Собес).

Срок пребывания — в зависимости от состояния — длительный, исчисляющийся месяцами и годами.

Невропатологические отделения при соматических больницах для острых форм органических поражений ц. н. с. — принимаются дети обоего пола.

Подлежат приему:

Острые формы органических поражений ц. н. с.

Не подлежат приему:

Все случаи хронических заболеваний.

Срок пребывания в зависимости от состояния.

6. Неврологическая больница для курабильных форм хронических поражений центральной и периферической нервной системы — принимаются дети обоего пола.

Подлежат приему:

1. Спастические церебральные параличи (геми- пара- и диплегии, двойной атетоз и т. д.).

2. Полиомиэлиты (в стадии восстановления).

3. Полиневриты.

4. Наследственно-семейные заболевания в начальной стадии.

Не подлежат приему:

1. Хронические состояния: летаргического энцефалита.

2. Наследственно-семейные заболевания в тяжелом состоянии.

3. Тяжелые формы олигофрении.

4. Дети с аномолиями характера и поведения, нуждающиеся в специальном учреждении.

В городах при больнице может существовать полустационар для приходящих больных.

Срок пребывания в зависимости от состояния.

7. Учреждения для логоневротиков — показания и противопоказания будут разработаны дополнительно.

III. Принципы и методы отбора в учреждения для детей с невропсихическими заболеваниями.

Дети поступают в лечебные и санаторные учреждения через отборочные комиссии Горздравов, за исключением острых случаев психозов, направляемых лечащим психиатром непосредственно в психиатрическую больницу.

Состав комиссии: педиатр, психиатр, представляющий кандидатов, и психиатр — заведующий учреждением, в которое происходит отбор.

Из местностей отдаленных от местонахождения лечебно-санаторного учреждения больные принимаются по согласованию с главным врачем учреждения при условии предварительного представления материалов. Прием этот условен, окончательно вопрос решается на месте, а в случаях, сразу вызывающих сомнения, за главным врачем принимающего учреждения остается право вызвать представляемого кандидата на освидетельствование. Каждый кандидат принимается в учреждение на испытательный срок до 1 месяца.

Кандидаты представляются психоневрологами детских отделений диспансеров и детских поликлиник после предварительного наблюдения и амбулаторного лечения, не давшего эффекта со следующими материалами:

а) подробная выписка из поликлинической истории болезни и подробные анамнестические данные,

б) педагогические данные о прохождении курса в школе (для дошкольников).

Там, где нет поликлиник, кандидаты в лечебно-санаторные учреждения могут представляться школьными врачами в сопровождении тех же материалов.

Школьные врачи, направляющие ребенка на обследование детскому психиатру (психо-невропогу) поликлиники или диспансера, представляют медицинские данные своего осмотра.

На каждого больного, находящегося в лечебном или санитарном учреждении, должна вестись систематическая история болезни с записями врача не реже одного раза в три дня.

Первый соматический осмотр поступившего должен быть произведен в день поступления больного.

При выписке больного в истории болезни больного отмечается эффективность его пребывания в учреждении. Больной выписывается с подробным заключением лечащего врача и указанием необходимых дальнейших мероприятий. Заключение пересылается психоневрологу поликлиники (диспансера) и школьному врачу.

На руки родителям выдается лишь справка о сроке пребывания ребенка в лечебном или санаторном учреждении.

Врачебное заключение на руки родителям не выдается.

Медицинское заключение о больном делается на основании анамнестических данных и подробного соматического, неврологического и психиатрического обследования.

Все учреждения для обслуживания невро-психических больных детей как санаторного, так и больничного типа должны быть обеспечены помощью и наблюдением педиатра.

Существующие тестовые методики, определяющие возрастной уровень, не допускаются.

Определение умственной недостаточности при амбулаторном исследовании может быть сделано лишь по отношению к явно выраженным формам слабоумия методами, принятыми в психиатрии, но отнюдь не при помощи тестов

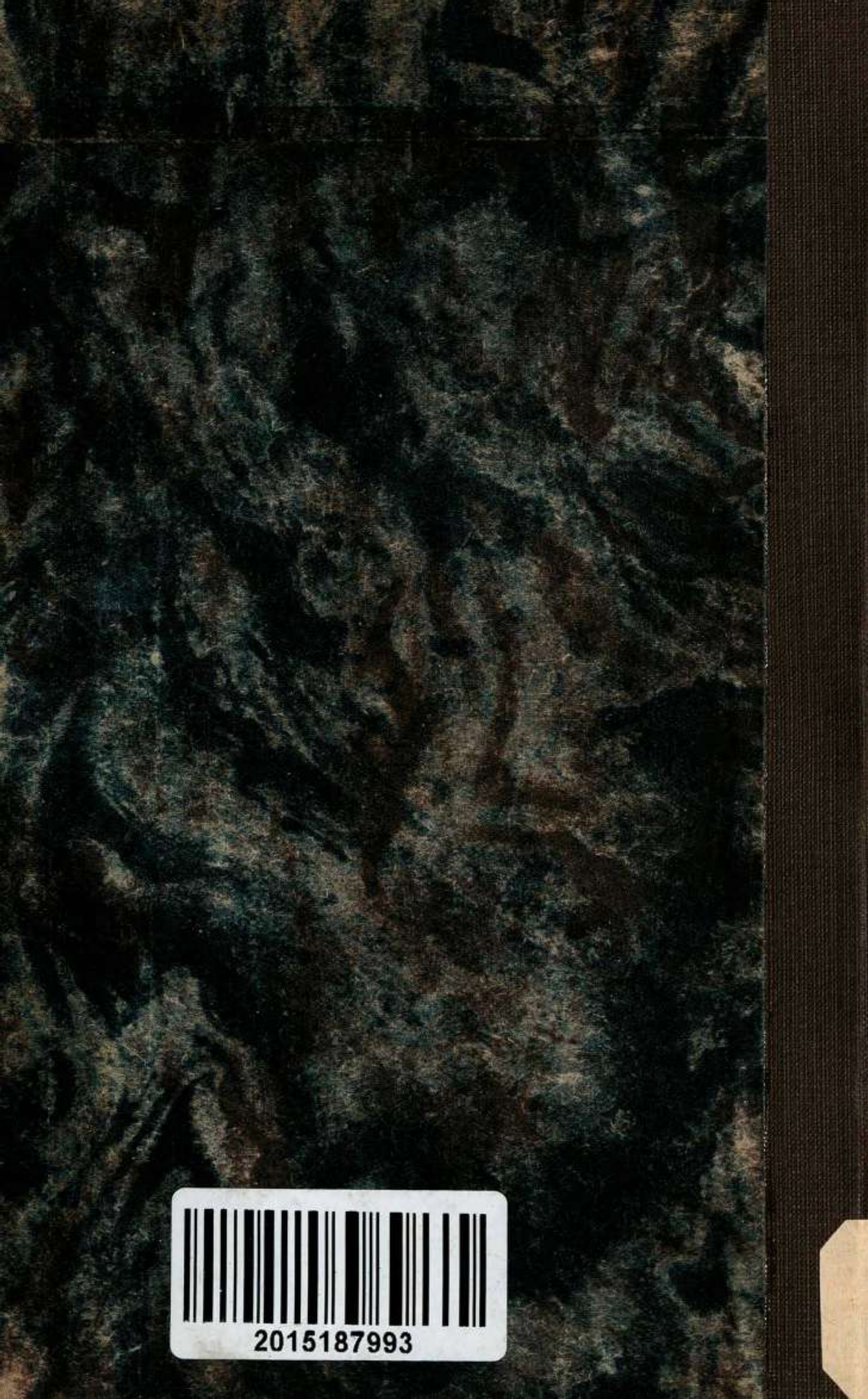
По отношению к легким формам (дебильность) для заключения, кроме вышеуказанных медицинских данных, требуется анализ педагогических материалов, собранных в массовой школе в процессе обучения за срок не менее полугода.

Решение о переводе из массовой школы во вспомогательную принимается особой комиссией в составе педагогов и врачей — детского психиатра и школьного врача.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Цена 1 р. 75 к.

28


2015187993